



PERÚ

Ministerio
de Salud



Hospital Nacional
Dos de Mayo

OFICINA DE EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD
AMBIENTAL

AGOSTO

2018

Código: OESA-HNDM-B:08
Versión: 01-Electrónico
Fecha: 25/09/2018
Año 7 Vol.4

BOLETÍN

EPIDEMIOLOGICO

**Semana de la Epidemiología
(19 al 23 de setiembre)**

En el año 1977, mediante Resolución Ministerial 748-76-SA/DS del 30 de diciembre de 1976 se reconoció la Semana de la Epidemiología y se declaró el día 22 de Setiembre como el Día del Epidemiólogo, como tributo al trabajo realizado por estos especialistas en el provecho de la salud del país. La contribución de la Epidemiología es indiscutible en el campo de la salud. La reemergencia de enfermedades antiguas y la emergencia de las nuevas han exigido la intervención de esta especialidad de la Salud Pública para la detección, búsqueda, investigación e implementación de medidas de control de las enfermedades. Sin embargo, los retos de la epidemiología moderna van más allá de las enfermedades infecciosas. El entendimiento de los determinantes de la salud y la asociación de los factores de riesgo que permiten el conocimiento de las tendencias de las enfermedades están ayudando a elaborar novedosas políticas de salud cuyo fin es proteger la salud de las poblaciones.



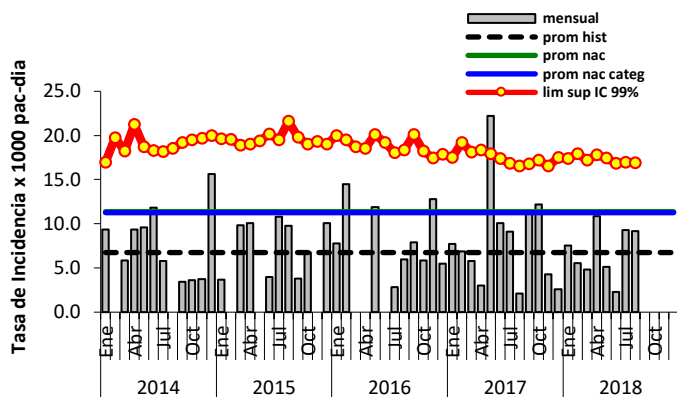
Síguenos en la web: <http://hdosdemayo.gob.pe/portal/estadistica/boletin-epidemiologico/>

INDICE 2018

I.	VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS.	3
II.	DAÑOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA DE JULIO DEL 2018	9
III.	VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE ACCIDENTES OCUPACIONALES.....	16
IV.	VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE MORTALIDAD NEONATAL Y FETAL	20
V.	EVALUACIÓN DEL MANEJO DE RESIDUOS HOSPITALARIOS.	23
VI.	CONCLUSIONES.....	24
VII.	ACTUALIDAD EPIDEMIOLÓGICA	25

I. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS.

Gráfico N° 1.1: Densidad de Incidencia de Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica en la Unidad de Cuidados Intensivos, HNDM 2014-2018

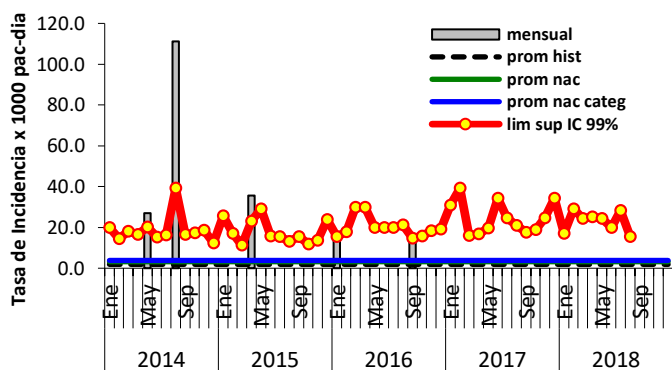


Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

La tendencia de las Neumonías Asociadas a Ventilación Mecánica en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), durante el año 2017, se mantuvo por debajo del Promedio Nacional por Categoría, a excepción de lo presentado en los meses de mayo y octubre.

Durante el mes de Agosto del año en curso, se han registrado cuatro casos de Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica, que representa una tasa de Densidad de Incidencia de 9.2 x 1000 días VM, sobrepasando el promedio histórico; es importante resaltar que durante el mes se vigilaron 47 pacientes sometidos a V.M., con 435 días de exposición.

Gráfico N° 1.2: Densidad de Incidencia de Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica, UCI de Neonatología, HNDM 2014-2018

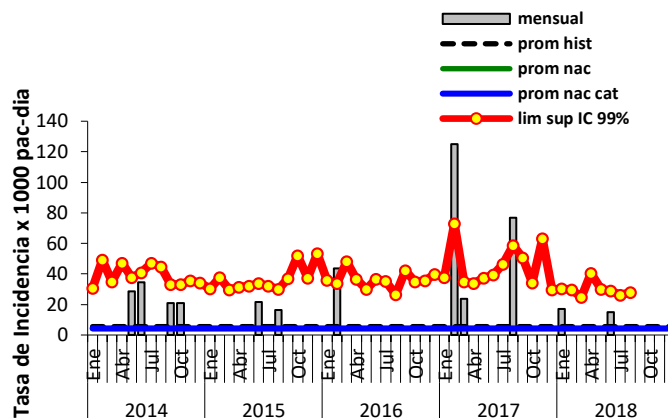


Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

En la Unidad de Cuidados Intensivos de Neonatología, para el mes de Agosto, no se han presentado casos de Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica, sin embargo, se vigilaron 06 pacientes sometidos a 67 días de exposición.

La Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica es una complicación frecuente de la intubación y la misma ventilación mecánica, esta enfermedad supone una pesada carga para el paciente y su familia, por lo que es importante la prevención y un buen sistema de vigilancia de infecciones intrahospitalarias.

Gráfico N° 1.3: Densidad de Incidencia en Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica. Servicio de UCI Pediátrica, HNDM 2014-2018

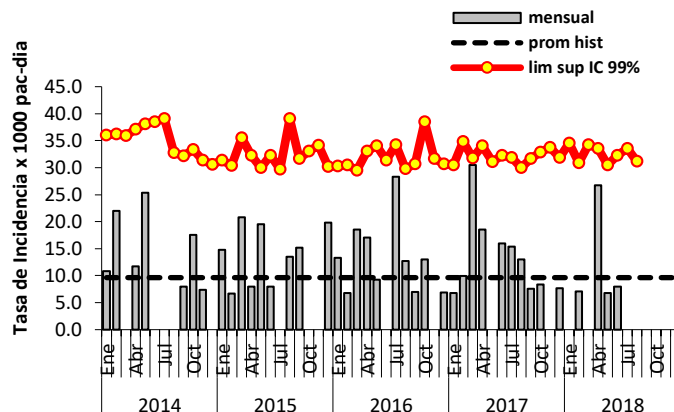


Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

En la Unidad de Cuidados Intensivos de Pediatría, durante el mes de Agosto del año 2018, no se han presentado casos de Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica.

Durante este mes se vigilaron 05 pacientes en Ventilación Mecánica con 73 días de exposición.

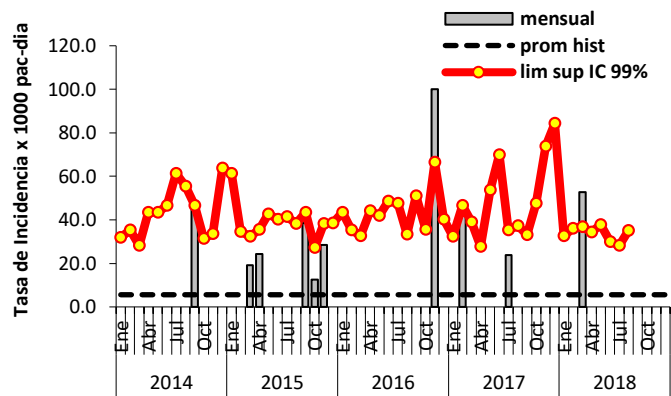
Gráfico N° 1.4: Densidad de Incidencia de Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica. UCI Neuroquirúrgica HNDM 2014-2018



Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

La tendencia de las Tasas de Neumonías Asociadas a Ventilación Mecánica en UCI Neuroquirúrgica desde el año 2014, se mantienen por encima del promedio histórico. Durante el mes de Agosto del año 2018 no se registraron casos de Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica. Se vigilaron 16 pacientes con 138 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. Servicio de UCI Cardiovascular, HNNDM 2014-2018

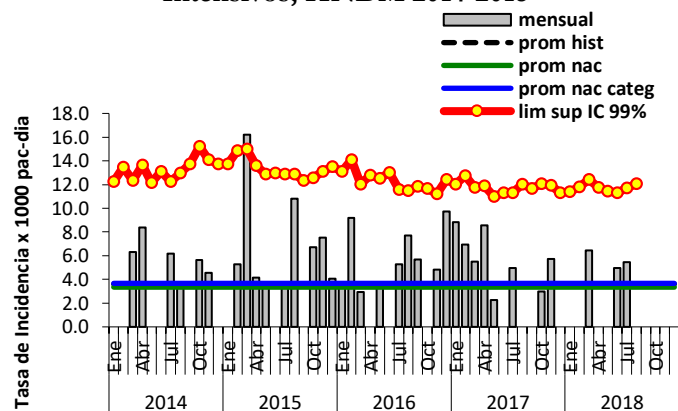


Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

La tendencia de las Neumonías Asociadas a Ventilación Mecánica en UCI Cardiovascular de los años 2016 y 2017 se ha mantenido dentro del Promedio Histórico del Hospital. Con excepción de los meses de Noviembre del 2016 y Febrero y julio 2017.

En el mes de Agosto no se han registrado casos de Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica. Se vigilaron 08 pacientes con 73 días de exposición.

Gráfico N° 1.6: Densidad de Incidencia en ITU Asociado a Catéter Urinario, Unidad de Cuidados Intensivos, HNNDM 2014-2018

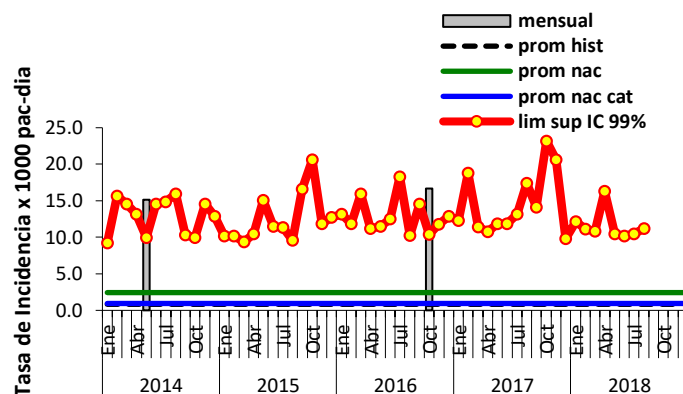


Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

En la Unidad de Cuidados Intensivos durante el mes de Agosto del año 2018, no se reportaron casos de Infección Urinaria Asociada a Catéter Urinario Permanente. Durante este mes se identificaron 52 pacientes vigilados con 334 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.

Gráfico N.º 1.7: Densidad de Incidencia de ITU Asociado a Catéter Urinario Permanente. UCI Pediátrica, HNNDM 2014-2018

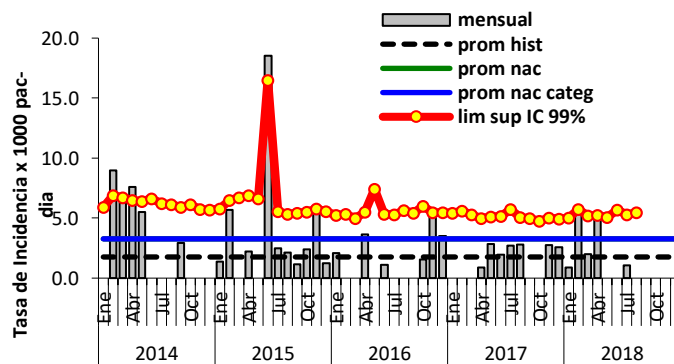


Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

Durante el mes de Agosto del año 2018 en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica, no se han reportado casos de Infección Urinaria Asociada a Catéter Urinario Permanente. Se vigilaron 04 pacientes con 51 días de exposición.

En el servicio de UCI Pediátrica, 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. Servicio de Medicina, HNNDM 2014-2018

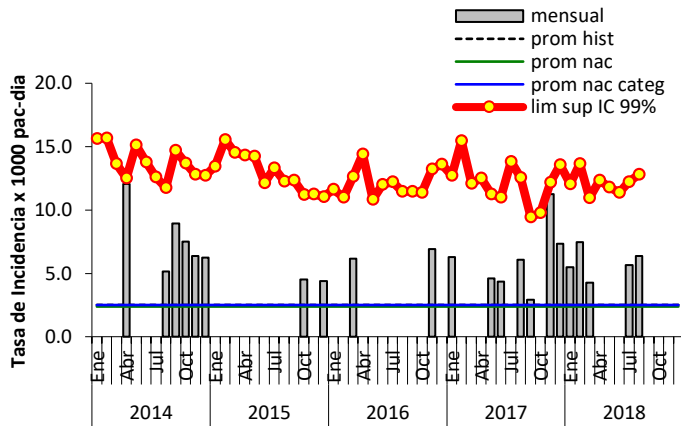


Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

Durante el mes de Agosto del presente año, en el Departamento de Medicina, no se ha presentado casos de ITU asociada a CUP, se vigilaron 94 pacientes con 854 días de exposición.

La metodología Bundle, mediante la aplicación de las listas de cotejo como medida para prevenir la Infección Urinaria Asociada a Catéter Urinario se está desarrollando en los servicios de medicina.

Gráfico N° 1.9: Densidad de Incidencia de ITU Asociado a Catéter Urinario. Servicio de Cirugía, HNMD 2014-2018

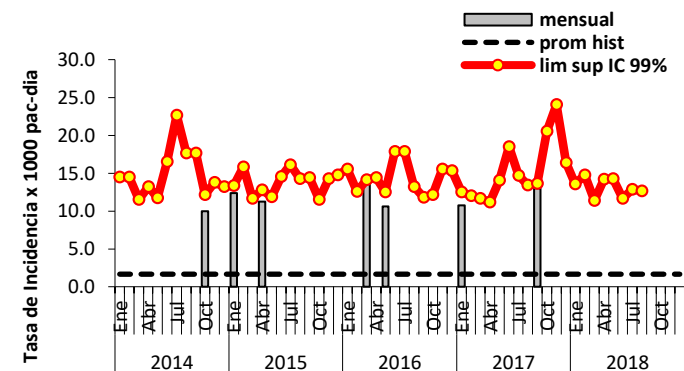


Fuente: Base de datos del VEA-HNMD

En el Departamento de Cirugía durante el mes de Agosto del año 2018 se ha reportado un caso de ITU asociada a CUP, que representa una Tasa de Densidad de Incidencia de 6.37 x 1000 días/catéter, sobrepasando el Promedio Histórico, Promedio Nacional y por Categoría. Se han vigilado 40 pacientes con 157 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 ITUs Asociado a Catéter Urinario. Servicio de UCI Cardiovascular, HNMD 2014-2018

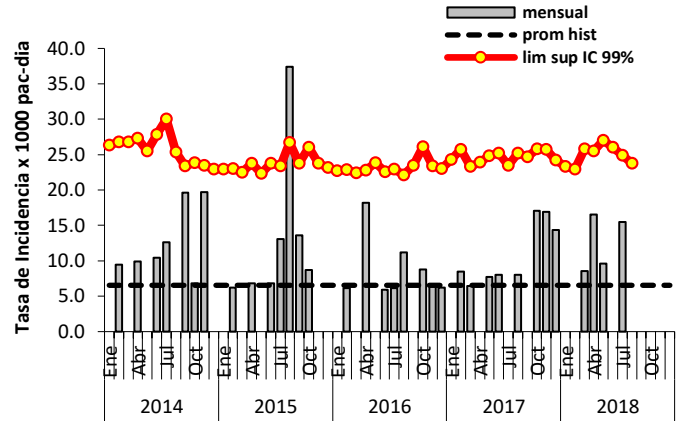


Fuente: Base de datos del VEA-HNMD

Durante el mes de Agosto del año 2018 en la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovascular no se han reportado casos de ITU Asociada a Catéter Urinario Permanente.

Durante este mes se vigilaron 14 pacientes con 91 días de exposición.

Gráfico N° 1.11: Densidad de Incidencia de Infección al Tracto Urinario Asociado a Catéter Urinario Permanente UCI Neuroquirúrgica HNMD. 2014-2018

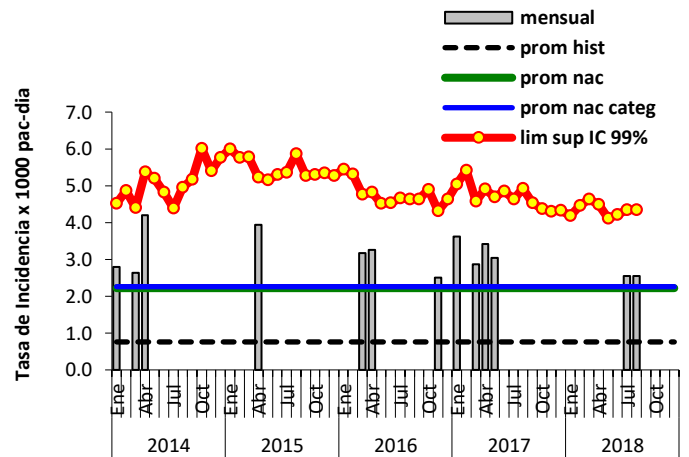


Fuente: Base de datos del VEA-HNMD

Durante el mes de Agosto del año 2018, en la Unidad de Cuidados Intensivos Neuroquirúrgica no se reportaron casos de Infección Urinaria Asociada a Catéter. En el mes se vigilaron 22 pacientes con 147 días de exposición.

Se continúa desarrollando en este servicio la estrategia Bundle mediante la aplicación de listas de cotejo para prevenir las Infecciones Urinarias Asociadas a Catéter.

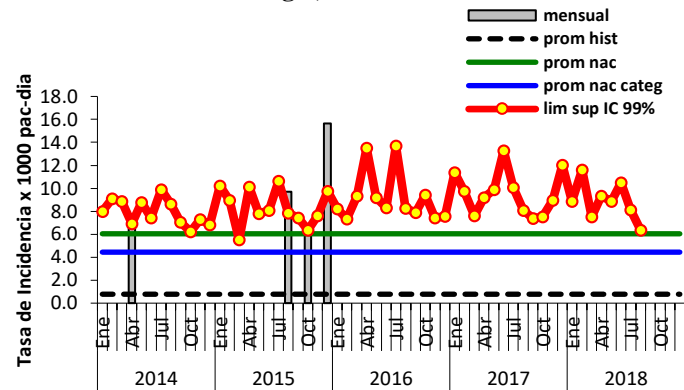
Gráfico N° 1.12: Densidad de Incidencia en Infección al Torrente Sanguíneo Asociado a CVC, Unidad de Cuidados Intensivos. HNMD 2014-2018.



Fuente: Base de datos del VEA-HNMD

En relación a la Infección del Torrente Sanguíneo Asociado a Catéter Venoso Central en la Unidad de Cuidados Intensivos durante el mes de Agosto del 2018 se presentó un caso, que representa una tasa de densidad de incidencia de 2.55 x 1000 días/catéter. Se mantuvieron en vigilancia 60 pacientes con 392 días de exposición. En esta unidad se incide en el cumplimiento de las normas de bioseguridad durante la inserción y mantenimiento del catéter venoso central.

Gráfico N° 1.13: Tendencia de Densidad de Incidencia de Infección al Torrente Sanguíneo Asociado a CVC. UCI de Neonatología, HNMD 2014-2018

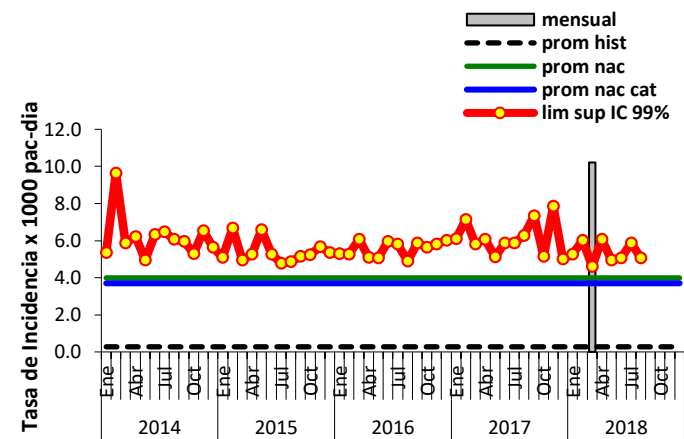


Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

Durante el mes de Agosto, las Infecciones de Torrente Sanguíneo asociada a CVC en el servicio de UCI de Neonatología, no han reportado casos durante el mes de Agosto del año 2018. Estuvieron sometidos a vigilancia epidemiológica 11 pacientes con 167 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 este tipo de infecciones.

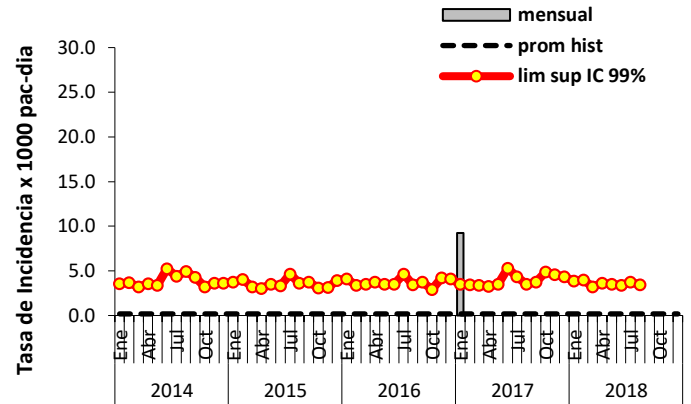
Gráfico N° 1.14: Densidad de Incidencia de Infección al Torrente Sanguíneo Asociado a CVC. UCI Pediátrica, HNMD 2014-2018.



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 Agosto del año 2018 no se registraron casos. Se vigilaron 07 pacientes con 80 días de exposición

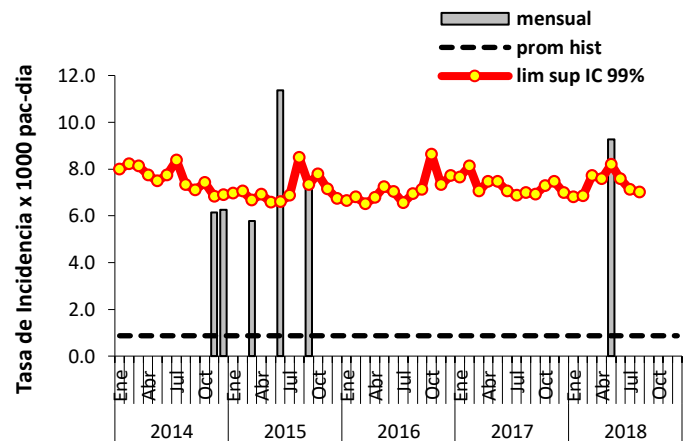
Gráfico N.º 1.15: Densidad de Incidencia en Infección al Torrente Sanguíneo asociado a CVC. Servicio de UCI Cardiovascular, HNMD 2014-2018



Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

En relación a Infección del Torrente Sanguíneo Asociado a Catéter Venoso Central en la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovascular, no se registraron casos durante el mes de Agosto del 2018. Se vigilaron 15 pacientes con 111 días de exposición.

Gráfico N° 1.16: Densidad de Incidencia de Infección al Torrente Sanguíneo Asociado a CVC. UCI Neurocirugía, HNMD 2014-2018

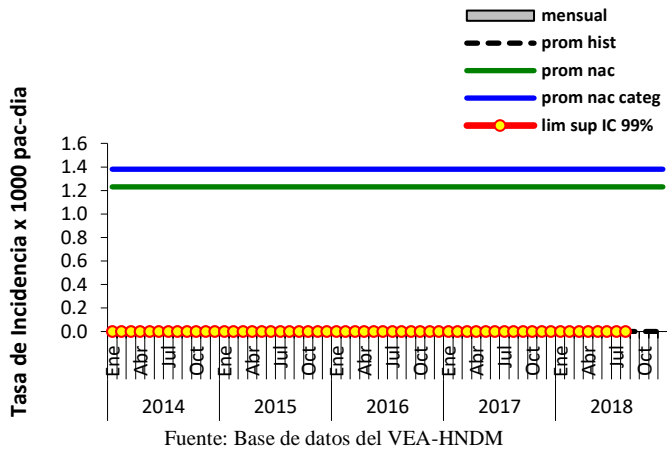


Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

En relación a las Infecciones de Torrente Sanguíneo en Unidad de Cuidados Intensivos Neuroquirúrgica, los casos presentados desde el año 2014 hasta el año 2015 sobrepasan el Promedio Histórico en algunos meses.

Durante el mes de Agosto del año 2018 no se reportaron casos de infección de torrente sanguíneo asociado a catéter venoso central. En el mes se vigilaron 23 pacientes con 154 días de exposición.

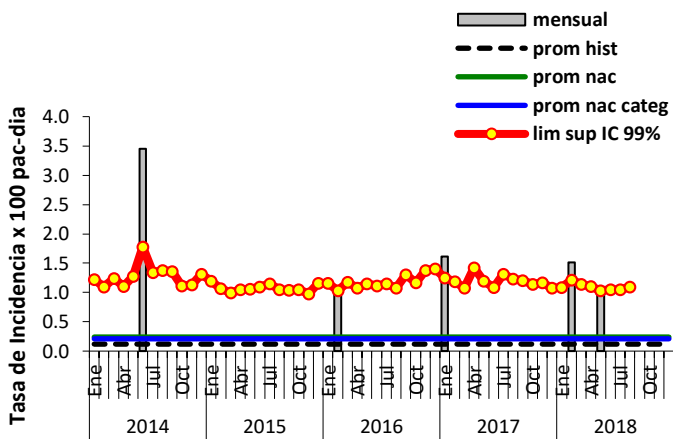
Gráfico N.º 1.17: Densidad de Incidencia de Infección al Torrente Sanguíneo Asociado a CVP. UCI de Neonatología. HNDM. 2014-2018.



Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

En relación a las Infecciones de Torrente Sanguíneo Asociada a Catéter Venoso Periférico, durante el mes de Agosto del año 2018 no se presentaron casos en Neonatos. Se sometieron a vigilancia epidemiológica 23 pacientes con 70 días de exposición.

Gráfico N.º 1.18: Infección de Herida Operatoria Asociada a Colectistectomía. Servicio de Cirugía, HNDM 2014-2018

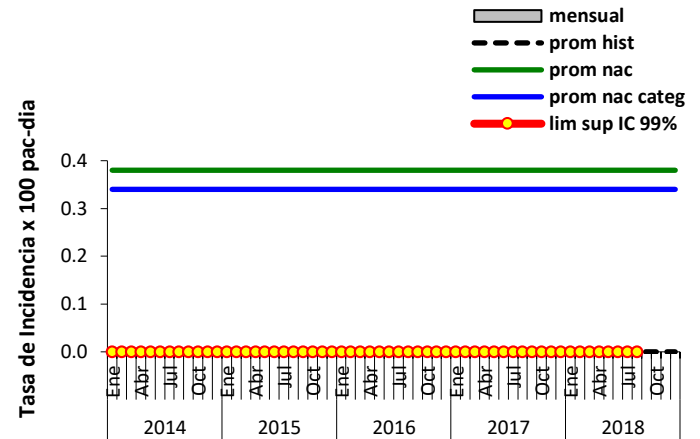


Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

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

En el gráfico observamos que durante el mes de junio no se reportaron casos, se vigilaron 83 pacientes sometidos a Colectistectomía.

Gráfico N.º 1.19: Infección de Herida Operatoria Asociada a Hernioplastia Inguinal. Servicio de Cirugía, HNDM 2014-2018

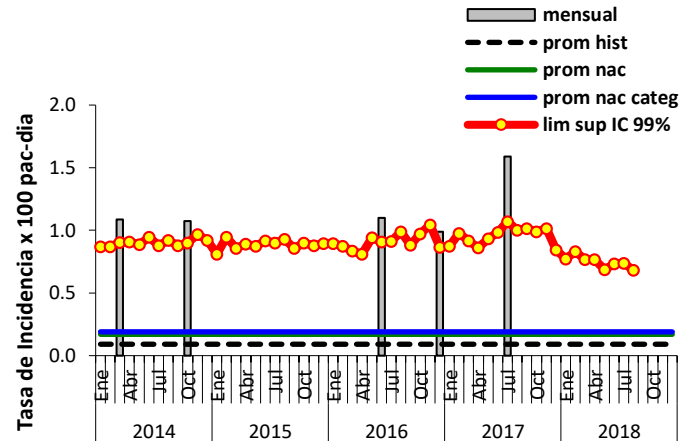


Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

En el presente gráfico observamos que no hay casos reportados de Infección de Sitio Quirúrgico asociado a Hernioplastia Inguinal desde el año 2014, inclusive en el mes de Agosto del año 2018. Se vigilaron 27 pacientes sometidos a hernioplastia.

La prevención de las Infecciones de Sitio Quirúrgico 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 IHH de los pacientes que se someten a cirugía.

Gráfico N.º 1.20: Incidencia de Endometritis Puerperal en Partos Vaginales. Servicio de Obstetricia, HNDM 2014-2018



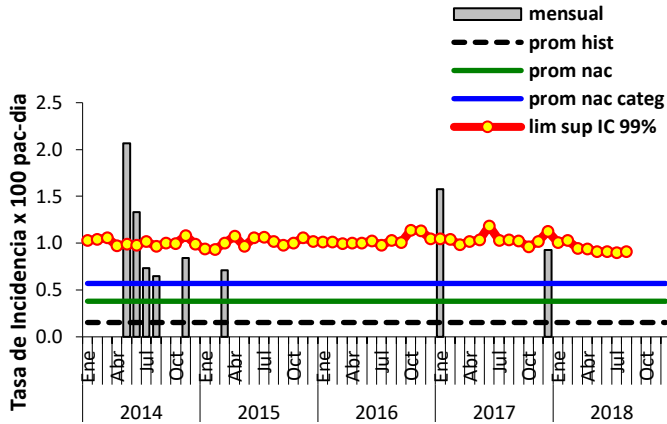
Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

Durante el mes de Agosto del año 2018 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 174.

179 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 herida operatoria es muy importante, ya que estudios de investigación han demostrado que la vigilancia por si sola reduce la frecuencia de estas infecciones.

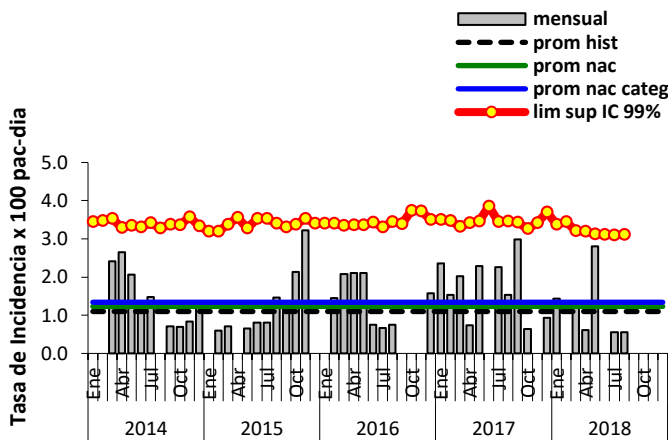
Gráfico N° 1.21: Incidencia de Endometritis Puerperal en Cesáreas. Servicio de Obstetricia, HNDM 2014-2018



Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

En el mes de Agosto del 2018 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, son también importantes los antecedentes maternos que pudieran contribuir a la presencia de endometritis. Las Cesáreas realizadas fueron 179 durante el mes de Agosto.

Gráfico N° 1.22: Incidencia de Infección de Herida Operatoria en Cesáreas. Servicio de Obstetricia, HNDM 2014-2018



Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

En el gráfico podemos observar que durante el mes de Agosto del 2018 se ha reportado un caso de Infección de Herida Operatoria en Cesárea. Las Cesáreas realizadas fueron

II. DAÑOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA DE JULIO DEL 2018

Tabla N° 2.1 Distribución de Casos Según Sexo. Agosto 2018

SEXO	N°	%
Femenino	16	59%
Masculino	11	41%
Total General	27	100%

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Tabla N° 2.2: Distribución de Casos Según Grupo Etario. Agosto 2018

GRUPO ETARIO	N°	%
Menores 1 año	2	7%
1-9 años	5	19%
10-19 años	2	7%
20-64 años	14	52%
65 a más	4	15%
Total General	27	100%

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica - HNDM

Se notificaron un total de 27 daños de notificación obligatoria durante Agosto del 2018, de los cuales el mayor porcentaje (52%) corresponde al grupo etario de 20 a 64 años, seguido de los niños de 1 a 9 años y de los adultos mayores de 65 años a más (19% y 15%, respectivamente).

El género femenino representa el mayor porcentaje con 59%.

Tabla N° 2.3: Distribución de Casos Según Daño de Notificación. HNDM. Agosto 2018

DAÑO	N°	%
Hepatitis B	13	48%
Varicela sin complicaciones	6	22%
Muerte materna indirecta	2	7%
Influenza	1	4%
Sarampión	1	4%
Bartonelosis aguda	1	4%
Síndrome de Guillain-Barré	1	4%
Loxocelismo	1	4%
Leptospirosis	1	4%
Total General	27	100%

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Del total de daños notificados, el 48% corresponde a Hepatitis B (13 casos); seguido de Varicela sin Complicaciones, con 22% (6 casos) y Muerte Materna Indirecta con 7% (2 casos). En menor porcentaje los daños de Influenza, Sarampión, Guillain Barré, Bartonelosis y Leptospirosis con 4% (1 caso cada uno). Nos encontramos en Alerta Epidemiológica Nacional de Influenza, Sarampión y Rubeola.

Tabla N° 2.4: Daños de Notificación Obligatoria, según Tipo Diagnostico, HNDM, Agosto 2018

DAÑO	TIPO DE DIAGNOSTICO							
	CONFIRMADO		DESCARTADO		PROBABLE		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Hepatitis B	13	57%	0	0%	0	0%	13	48%
Varicela sin complicaciones	6	26%	0	0%	0	0%	6	22%
Muerte materna indirecta	2	9%	0	0%	0	0%	2	7%
Sarampión	0	0%	1	100%	0	0%	1	4%
Bartonelosis aguda	0	0%	0	0%	1	33%	1	4%
Síndrome de Guillain-Barré	1	4%	0	0%	0	0%	1	4%
Leptospirosis	0	0%	0	0%	1	33%	1	4%
Loxocelismo	1	4%	0	0%	0	0%	1	4%
Influenza	0	0%	0	0%	1	33%	1	4%
Total General	23	100%	1	100%	3	100%	27	100%

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Durante el mes de Agosto del presente años, se notificaron un total de 27 daños de Notificación Obligatoria. El 85% (23) de los casos reportados fueron confirmados, descartándose un 4% (1 caso), quedando un 11% (3 casos) como probable, por estar los resultados pendientes. El daño descartado correspondió a un caso de Sarampión. Dentro de los daños probables, quedan 3 casos por estar pendientes los resultados del INS.

Asi mismo, del total de casos confirmados durante el mes de Agosto del presente año, el 57% (13) corresponden a Hepatitis B. Los casos de Varicela sin complicaciones (26%), además Guillain Barré y Loxocelismo (4% cada uno), fueron confirmadas con criterio clínico epidemiológico. Por otro lado, se reportaron dos casos de muerte materna indirecta, que representan el 9%.

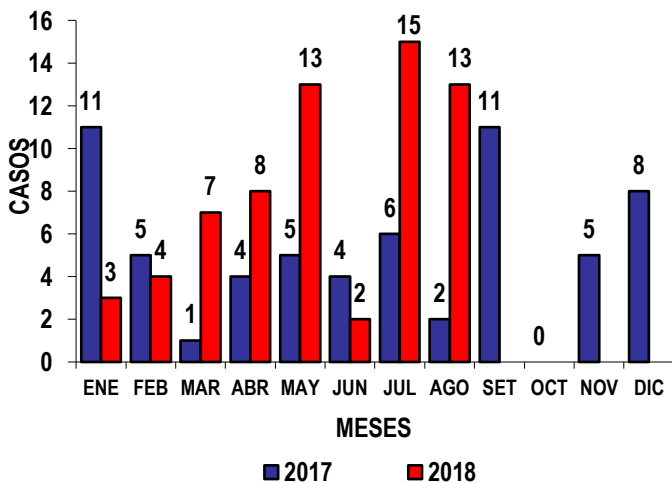
Tabla N° 2.5: Distribución de Casos según Lugar Probable de Adquisición de la Infección, HNMD, Agosto 2018

LUGAR PROBABLE	N°	%
Lima	23	85%
Tacna	1	4%
Venezuela	1	4%
Callao	1	4%
Ancash	1	4%
Total General	27	100%

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

El 85% de los casos proceden de Lima, seguido de los departamentos de Tacna y Ancash (4%). Así mismo, un caso procedente de Venezuela que representan un 4%, población que empieza a representar una demanda de servicios de salud debido a la gran migración de población a nuestro país.

Gráfico 2.1: Comparativo de Casos de Hepatitis B. HNMD, 2017-2018



Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Observamos que los casos de Hepatitis “B” durante el mes de Agosto del presente año se han incrementado considerablemente con respecto a los primeros meses del año.

Según el gráfico comparativo de hepatitis B, durante el presente año, los casos se incrementaron en los meses de Marzo, Abril, Mayo, Julio y Agosto del 2018.

Tabla N° 2.6: Atenciones de Diarrea Acuosa Aguda según Grupo Etario y Distrito de Procedencia. HNMD, Agosto 2018

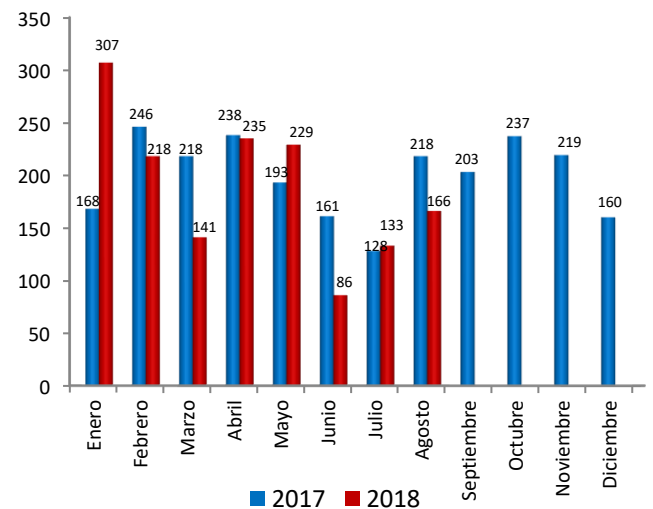
Distrito	N° De Casos*			Total
	< 1 A	1-4 A	5 A+	
Lima	18	32	35	85
La Victoria	21	25	8	54
San Luis	1	5	2	8
San Juan de Lurigancho	1	4	2	7
San Borja	3	1	0	4
El Agustino	0	3	0	3
Santa Anita	0	1	1	2
Ate	1	0	0	1
Tránsito	0	1	0	1
Surquillo	1	0	0	1
Total General	46	72	48	166

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

*Se hizo la clasificación en menores de 1 año, de 1-4 años y mayores de 5 años.

Se notificaron un total de 166 episodios de Diarrea Acuosa Aguda, siendo el grupo etario más afectado el de 1 a 4 años (72 casos), siendo los distritos de Lima y La Victoria, los de mayor procedencia.

Gráfico N° 2.2: Comparativo Total de Casos EDA, HNMD 2017-2018



Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Los casos de EDAs, en lo que va del año 2018, se han seguido la misma tendencia, en relación al año anterior, a excepción del mes de enero donde se presentaron 307 casos en comparación a los 168 de Enero del 2017, lo cual puede ser resultado de las altas temperaturas que atravesamos a principios del año.

Se mantiene la tendencia de incremento en los últimos dos meses, sin llegar a sobrepasar el número de casos presentados en los meses correspondientes del año pasado.

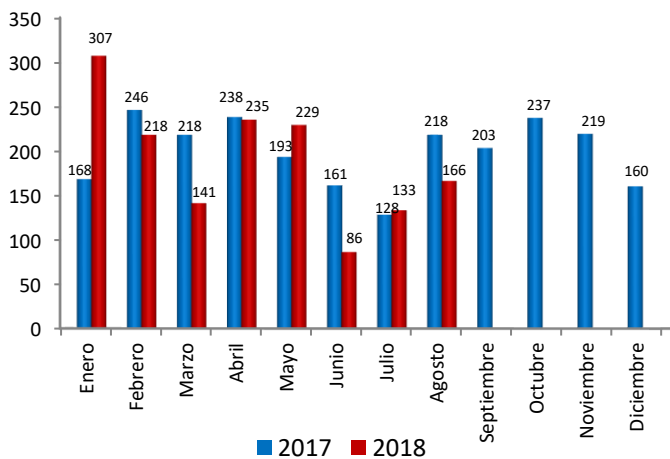
Tabla N° 2.7. Cuadro Comparativo: Total de Casos de EDA por Grupo Etario, HNMD, Agosto 2018

Mes	< 1 año		1-4 años		5 años a +	
	2017	2018	2017	2018	2017	2018
Enero	14	57	58	105	96	145
Febrero	47	24	87	72	112	122
Marzo	38	39	60	47	120	55
Abril	31	48	70	83	137	104
Mayo	34	37	43	80	116	112
Junio	32	14	45	40	84	32
Julio	26	31	42	44	60	58
Agosto	47	46	94	72	77	48
Septiembre	22	-	70	-	111	-
Octubre	14	-	108	-	115	-
Noviembre	32	-	91	-	96	-
Diciembre	22	-	67	-	71	-

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Las atenciones de EDAs se incrementaron en el grupo etario de 1 a 4 años, seguido del grupo de 5 años a más durante el mes de Agosto del presente año, aunque permanecen menores en relación a los meses correspondientes del año anterior.

Gráfico N° 2.3: Comparativo Total de EDA Disentérica Por Grupo Etario, HNMD 2017-2018



Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

La tendencia de los dos últimos meses del presente año es de incremento, sin sobrepasar el número de casos presentados en los meses correspondientes del año 2017.

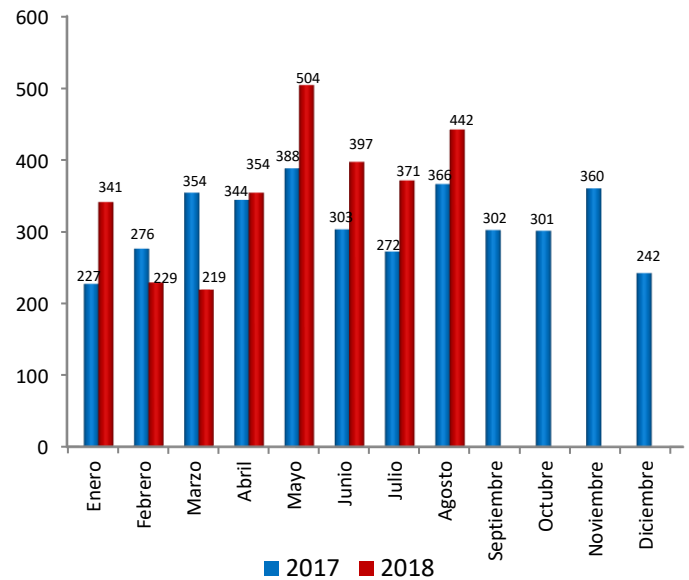
Tabla N° 2.8. Atenciones de Infección Respiratoria Aguda Según Grupo Etario y Distrito de Procedencia, HNMD, Agosto 2018

DISTRITO	N° DE CASOS			Total
	< 2 m	2-11 m	1-4 a	
La Victoria	10	87	92	189
Lima	12	60	97	169
San Juan de Lurigancho	2	14	20	36
El Agustino	2	10	12	24
San Luis	2	3	7	12
Surquillo	0	1	3	4
San Martín de Porres	0	1	1	2
Tránsito	0	1	1	2
Ate	0	1	1	2
Independencia	0	1	0	1
Lurigancho	0	0	1	1
Total General	28	179	235	442

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Durante el mes de Agosto 2018, se atendieron un total de 442 episodios de IRAS; correspondiendo el mayor número de atenciones al grupo etario de 1 a 4 años (53%). La Victoria y Lima son los distritos de mayor procedencia de casos.

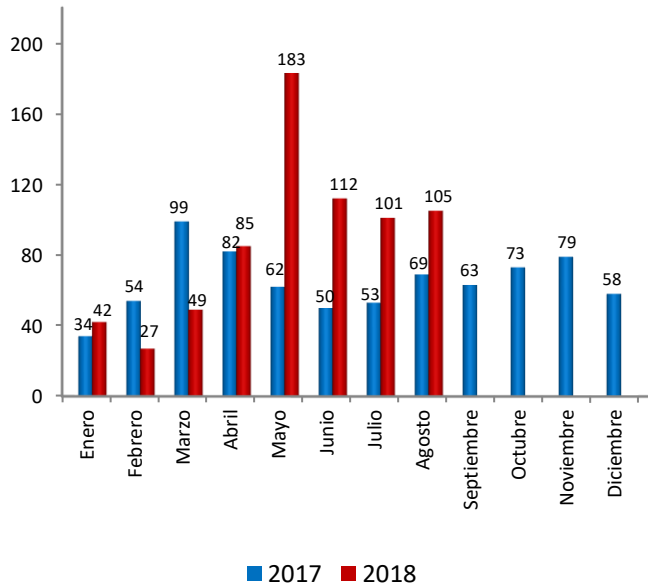
Gráfico N° 2.4: Total de Casos IRAS, HNMD 2017-2018



Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Las atenciones de IRAs se han incrementado en los meses de Mayo, Junio, Julio y Agosto del presente año, por encima de los reportados en los respectivos meses del año pasado.

Gráfico N°2.5 Comparativo: Total de Casos SOBA/Asma. HNMD 2017 – 2018



Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

El gráfico anterior muestra un notable incremento de casos de SOBA/Asma en los meses de invierno, en comparación con los mismos meses del año 2017.

Tabla N°2.9: Casos de SOBA/ASMA según grupo etario y Distrito de Procedencia. HNMD, Agosto 2018

DISTRITO	N° DE CASOS		Total
	< 2 a	2-4 a	
Lima	27	17	44
La Victoria	21	12	33
San Juan de Lurigancho	5	4	9
Ate	3	3	6
El Agustino	2	3	5
Villa el Salvador	2	0	2
San Luis	1	1	2
Pueblo Libre	0	1	1
Chorrillos	1	0	1
Surquillo	1	0	1
Tránsito	0	1	1
Total General	63	42	105

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Se atendieron un total de 105 episodios de SOBA/Asma; siendo los menores de 2 años los más afectados (60%) correspondiendo a los distritos de Lima y La Victoria, la mayor procedencia de casos.

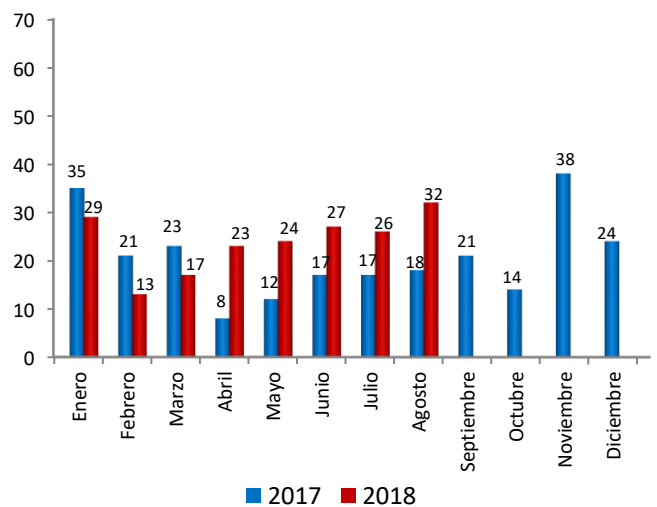
Tabla N°2.10: Casos de Neumonía No Graves, Según Grupo Etario. HNMD 2017 – 2018

Mes	< 2 meses		2-11 meses		1-4 años		5-9 años		10-19 años		20-59 años		60 años a más	
	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018
Ene	2	1	1	1	8	3	7	1	5	9	12	14	2	1
Feb	1	1	1	2	3	1	-	1	4	-	12	8	1	1
Mar	-	-	3	1	5	1	1	1	2	1	12	13	-	-
Abr	1	-	2	5	3	4	-	1	-	3	2	10	1	-
May	1	-	2	8	1	8	1	-	1	3	6	5	1	-
Jun	1	1	-	9	5	4	3	-	3	3	5	11	1	1
Juli	-	4	-	3	1	6	2	-	2	5	12	8	-	4
Ago	-	-	3	3	5	7	-	3	4	4	6	15	-	-
Sep	2	-	-	-	6	-	1	-	5	-	7	-	2	-
Oct	1	-	-	-	4	-	2	-	1	-	6	-	1	-
Nov	-	-	4	-	6	-	4	-	7	-	17	-	-	-
Dic	2	-	-	-	6	-	3	-	7	-	6	-	2	-

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Durante el mes de Agosto 2018 se diagnosticaron, un total de 32 pacientes por Neumonía que no requirieron hospitalización; observándose un incremento durante los meses de invierno, estos casos fueron mayores en número que los meses correspondientes del año anterior. Los grupos etarios más afectados por Neumonía fueron los adultos mayores de 60 años a más, seguido del grupo de 5 a 9 años.

Gráfico N° 2.6: Grafico Comparativo: Total Casos de Neumonía No Grave. HNMD 2017-2018



Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

El número de casos de neumonías se incrementaron para el mes de Agosto manteniendo esa tendencia los últimos 5

meses, además son significativamente mayores en comparación a los mismos meses del año 2017.

Tabla N°2.11: Total Casos Hospitalizados Neumonía Grave y Muy Grave, por Grupo Etario. HNMD, 2017-2018

Mes	< 2 meses		2-11 meses		1-4 años		5-9 años		10-19 años		20-59 años		60 años a más	
	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018
	Ene	2	3	4	8	6	7	8	3	7	1	5	9	10
Feb	4	1	15	4	8	2	3	1	-	1	3	-	9	8
Mar	1	1	13	1	2	3	5	1	1	1	2	1	12	13
Abr	4	1	7	5	10	11	3	4	-	1	-	3	2	10
May	1	10	7	25	6	18	1	8	1	-	1	3	5	5
Jun	1	1	5	9	5	18	5	4	3	-	3	2	4	11
Jul	1	5	3	8	5	12	-	6	-	-	1	5	11	8
Ago	1	2	5	9	5	13	5	7	-	3	4	4	6	14
Sep	2	9	10	6	1	4	7	6	1	4	7	6	1	6
Oct	-	6	9	3	2	1	6	3	2	1	6	3	2	17
Nov	2	11	10	5	3	7	17	10	5	3	7	17	10	6
Dic	-	5	10	6	2	7	6	10	6	2	7	6	10	6

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Durante el mes de Agosto del 2018, se hospitalizaron por Neumonía un total de 52 pacientes, se observa que se mantiene el comportamiento estacional de incremento por los meses de invierno.

Tabla N°2.12: Total Casos Hospitalizados de Neumonía Grave + Enfermedad Muy Grave, Según Grupo Etario y Lugar de Procedencia, HNMD Agosto 2017

DISTRITO	N° DE CASOS			Total
	< 2 m	< 2-11 m	1-4 a	
La Victoria	1	5	6	12
San Juan De Lurigancho	0	2	3	5
Lima	1	1	2	4
Tránsito	0	1	0	1
Villa maría del Triunfo	0	0	1	1
Lurin	0	0	1	1
Total General	2	9	13	24

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Durante el Mes de Agosto del 2018 se hospitalizaron 24 pacientes menores de 5 años, por neumonía grave; correspondiendo el mayor número de casos al grupo de 1 a 4 años de edad (54%). La Victoria fue el distrito de mayor procedencia de casos.

Tabla N°2.13: Cuadro Comparativo: Total Casos Hospitalizados de Neumonía Grave + Enfermedad Muy Grave, por Grupo Etario. HNMD 2017 – 2018

Mes	< 2 meses		2-11 meses		1-4 años	
	2017	2018	2017	2018	2017	2018
Enero	2	3	4	8	6	7
Febrero	4	1	15	4	8	2
Marzo	1	1	13	1	20	3
Abril	4	1	7	5	10	11
Mayo	1	10	7	25	6	18
Junio	1	1	5	9	5	18
Julio	1	5	3	8	5	12
Agosto	1	2	5	9	5	13
Septiembre	2		9		10	
Octubre	-		6		9	
Noviembre	2		11		10	
Diciembre	-		5		10	

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

En el mes de Agosto del 2018, las hospitalizaciones por Neumonía grave se incrementaron en relación al año 2017 en los niños menores de 5 años de edad, los pacientes fueron hospitalizados en Emergencia de Pediatría y el Servicio San Camilo, con evolución favorable y dado de alta con indicaciones.

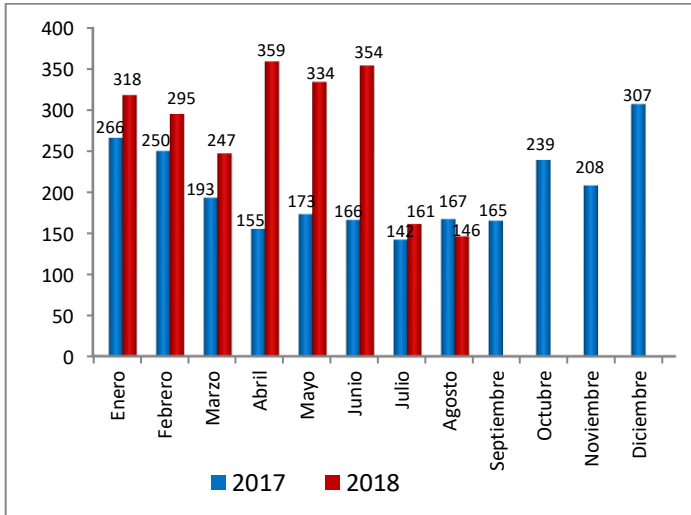
Tabla N°2.14: Atenciones de Febriles, Según Grupo Etario y Distrito de Procedencia. HNMD 2017 – 2018

DISTRITO	N° de Casos						Total
	< 1 a	1-4 a	5-9 a	10-19 a	20-59 a	60 a +	
Lima	12	37	10	7	10	3	79
La Victoria	15	21	11	2	0	0	49
San Juan de Lurigancho	4	2	2	0	0	0	8
El Agustino	1	7	0	0	0	0	8
San Juan de Miraflores	0	0	1	0	0	0	1
Ate	0	0	1	0	0	0	1
Total General	32	67	25	9	10	3	146

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

En el mes de Agosto del 2018, las atenciones de febriles fueron un total de 146. El mayor porcentaje sería por infecciones respiratorias y EDAs en los menores de 5 años. El grupo etario más afectado fue el de 1 a 4 años de edad (46%)

Gráfico N°2.7: Comparativo Total Casos Febriles. HNNDM, 2017-2018



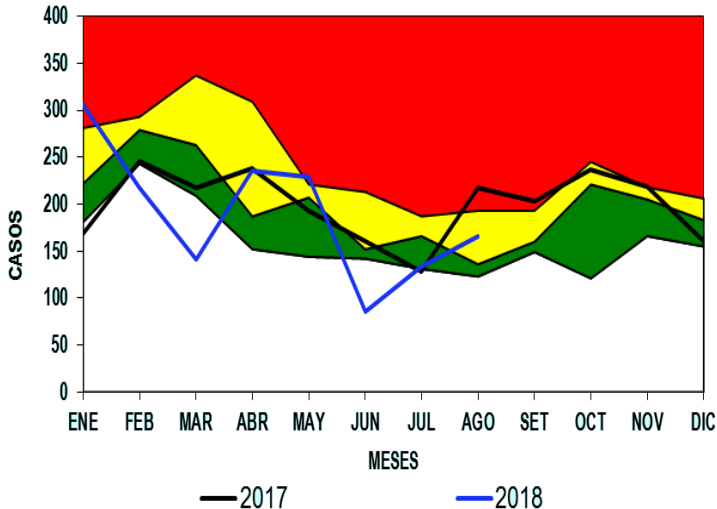
Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

En el gráfico comparativo, se observa que, durante el presente año 2018, las atenciones de febriles incrementaron significativamente en los meses de Abril, Mayo y Junio. El mayor porcentaje de febriles fueron causados aparentemente, por infecciones respiratorias agudas y otras.

Los febriles de etiología a determinar y que reunían criterios de enfermedades metaxénicas (dengue, chikungunya, leptospirosis); fueron investigados, notificados y enviadas las muestras al laboratorio, para su confirmación o descarte.

2.1. COMPORTAMIENTO ESPERADOS 2017-2018

Gráfico N° 2.8. Comportamiento Esperado de Atenciones de EDAs Acuosas. HNNDM, 2017- 2018

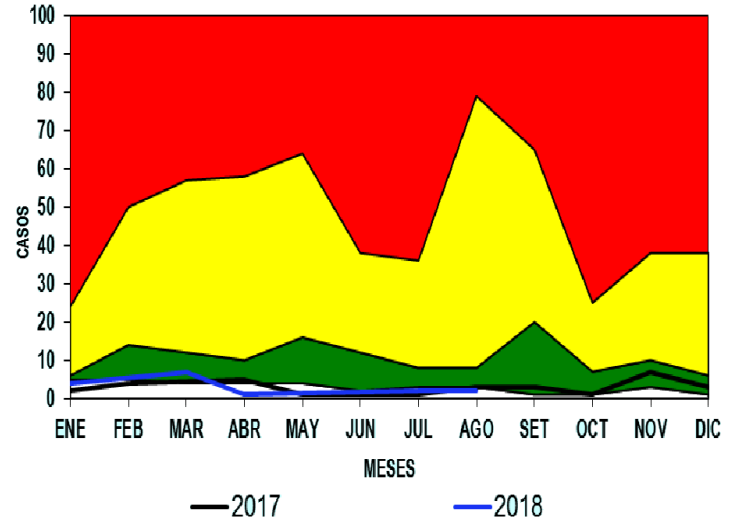


Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Los episodios de EDAs Acuosas han disminuido en el presente mes de Agosto del 2018 en relación al mismo

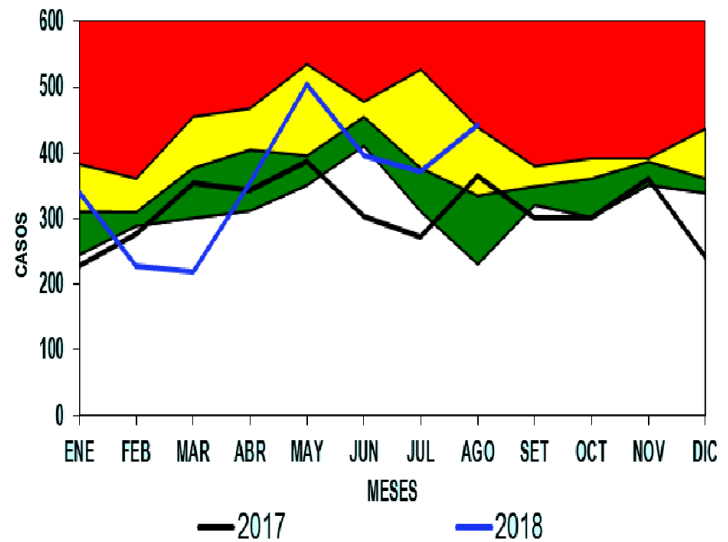
periodo del año 2017. Se mantiene un comportamiento estacional de menos casos durante la temporada de invierno.

Gráfico N° 2.9. Comportamiento Esperado de Atenciones de EDAs Disintéricas. HNNDM, 2017 - 2018



Las EDAs Disintéricas se mantienen por debajo de lo reportado en el mismo periodo que el año anterior.

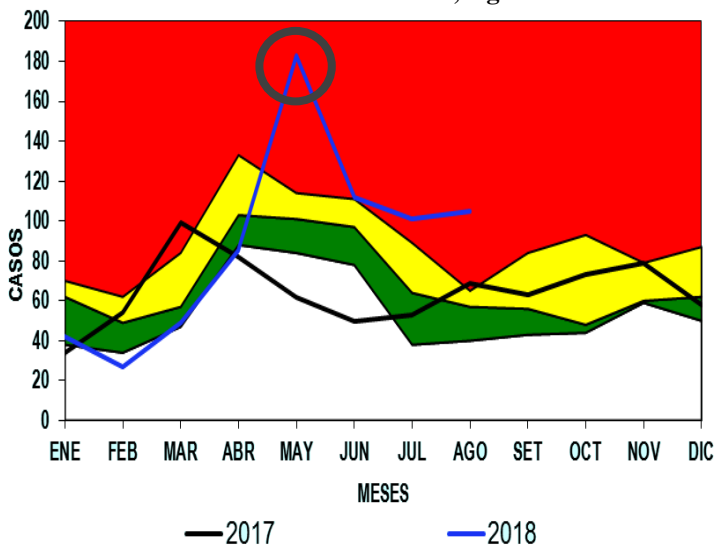
Gráfico N°2.10. Comportamiento esperado de atenciones de IRAS. HNNDM, 2017 - 2018



Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

El número de episodios de IRAS muestran una tendencia estacional, se incrementaron desde Mayo hasta la actualidad, la tendencia es de incremento por encima de los valores reportados en el mismo periodo del año anterior.

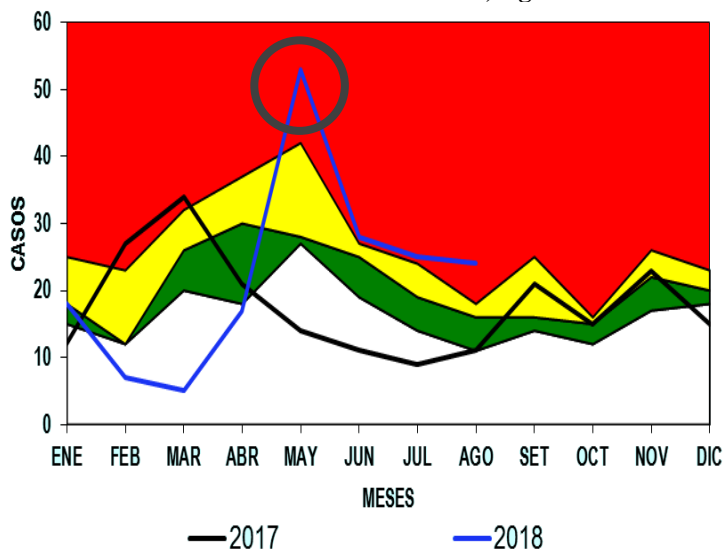
Gráfico N° 2.11. Comportamiento Esperado de Casos de SOBA/ASMA. HNDM, Agosto 2018



Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Los casos de SOBA/ASMA se incrementaron en relación al año 2017, se mantiene en zona de alerta, pero con una tendencia de descenso de casos durante los últimos tres meses.

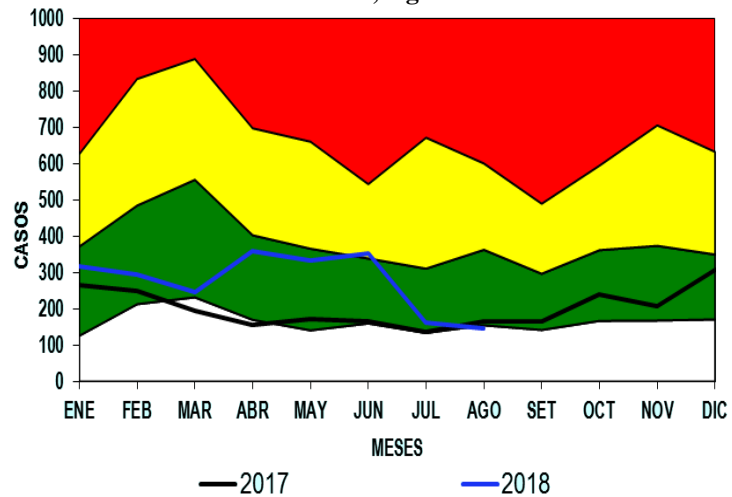
Gráfico N° 2.12. Comportamiento Esperado de Casos de Neumonías Graves. HNDM, Agosto 2018



Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Las atenciones por Neumonías graves se han incrementado significativamente en relación al año anterior, sobre todo en los meses de mayo, Junio, Julio y Agosto del 2018, observándose un comportamiento de incremento en los meses de invierno.

Gráfico N° 2.13. Comportamiento esperado de atenciones de febriles. HNDM, Agosto 2018



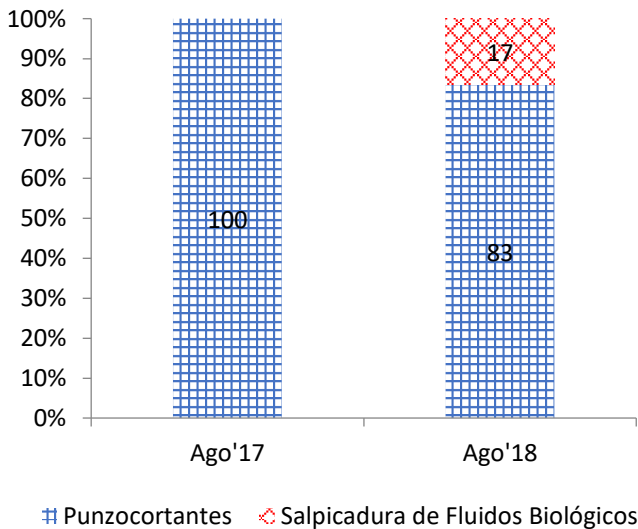
Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Se observa una disminución de febriles durante el mes de Agosto del 2018. Un mayor porcentaje de febriles son por causa aparente, debido a infecciones respiratorias agudas. Los febriles de etiología a determinar y que reunían criterios de enfermedades Metaxénicas (dengue, Chikungunya, leptospirosis); fueron investigados, notificados y las muestras, enviadas al laboratorio, para su confirmación o descarte.

III. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE ACCIDENTES OCUPACIONALES.

En relación a Agosto del 2017, los casos de accidentes laborales por Objetos Punzocortantes aumentaron en un 67%

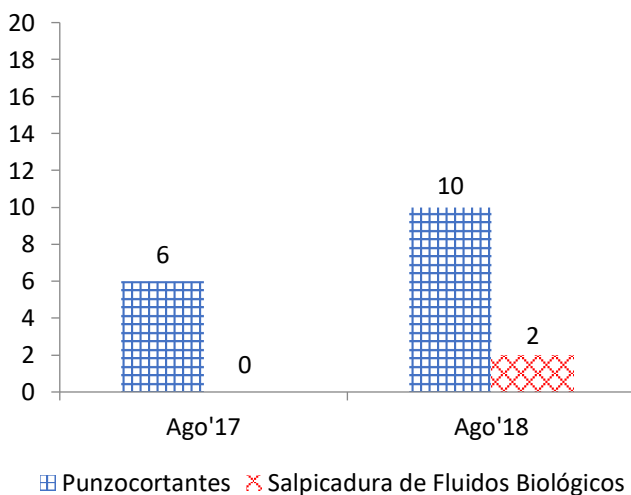
Gráfico N°3.1: Accidentes laborales por Exposición a Fluidos Biológicos y/u Objetos Punzocortantes por Tipo de Accidente. HNMD, Agosto 2017 y Agosto 2018



Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales – HNMD

En Agosto del 2018 se notificaron 12 casos de Accidentes Laborales por exposición a Fluidos biológicos y/o Objetos punzocortantes (100%), se aprecia que la mayor ocurrencia de Accidentes Laborales fue por exposición a objetos punzocortantes con 10 casos (83%), seguido de accidentes laborales por exposición a Fluidos biológicos – Salpicaduras con 02 caso (17%).

Gráfico N°3.2: Comparativo Accidentes laborales por Exposición a Fluidos Biológicos y/u Objetos Punzocortantes por Grupo Ocupacional. HNMD, Agosto 2017 y Agosto 2018



Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales – HNMD

Tabla N° 3.1: Accidentes Laborales por Exposición a Fluidos Corporales y/o Objetos Punzocortantes Según Grupo Ocupacional. HNMD, Agosto 2018

Grupo Ocupacional	Salpicadura		Punzocortantes		Total del mes		Acum. a Agosto	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Interno de Medicina	1	50	2	20	3	25	30	31
Médico Residente	0	0	3	30	3	25	20	20
Enfermera	0	0	3	30	3	25	10	10
Técnico de Enfermería	1	50	0	0	1	8	8	8
Técnico de Laboratorio	0	0	0	0	0	0	6	6
Interno de Enfermería	0	0	0	0	0	0	5	5
Médico Asistente	0	0	0	0	0	0	5	5
Personal Limpieza	0	0	1	10	1	8	5	5
Auxiliar de Nutrición	0	0	0	0	0	0	2	2
Tecnólogo Médico	0	0	0	0	0	0	2	2
Estudiante de Técnico de Enfermería	0	0	0	0	0	0	2	2
Estudiantes de Medicina	0	0	1	10	1	8	2	2
Interno de Odontología	0	0	0	0	0	0	1	1
Total	2	100	10	100	12	100	98	100

Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales - HNMD

Durante Agosto del presente año se observa que en los Grupos Ocupacionales que presentan la mayor ocurrencia de los Accidentes Laborales por Exposición a Fluidos Biológicos y/o por Objetos Punzocortantes son los Internos de Medicina (25%), Médicos residentes (25%) y Enfermeras (25%), los que presentan 75% de casos.

Tabla N°3.2: Accidentes Laborales por Exposición a Fluidos Corporales y/o Objetos Punzocortantes Según Sexo. HNMD, Agosto 2018

Sexo	Salpicadura		Punzocortantes		Total Mes		N° Acum. a Agosto	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Femenino	0	0	3	30	3	25	31	32
Masculino	2	100	7	70	9	75	67	68
Total	2	100	10	100	12	100	98	100

Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales - HNMD

En Agosto del presente año se observa que la ocurrencia de casos de accidentes laborales por exposición a Fluidos Biológicos y/o objetos punzocortantes se ha presentado en personal de salud de sexo masculino (75%), seguido del sexo femenino (25%).

Tabla N° 3.3: Accidentes Laborales por Exposición a Fluidos Corporales y/o Objetos Punzocortantes según Servicio de Ocurrencia. HNDM, Agosto 2018

Servicio donde ocurre el accidente	Salpicadura		Punzo cortantes				Total Mes		N° Acum. Agosto	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Emergencia Adultos	1	50	4	40	5	42	36	37		
UCI General	0	0	1	10	1	8	6	6		
Patología Clínica y Anatomía Patológica	0	0	0	0	0	0	5	5		
SOP Emergencia	0	0	0	0	0	0	5	5		
Centro Obstétrico	0	0	0	0	0	0	4	4		
SOP Central	0	0	0	0	0	0	4	4		
Santo Toribio	0	0	1	10	1	8	4	4		
Urología I-1	0	0	1	10	1	8	4	4		
Cirugía H-4	0	0	0	0	0	0	3	3		
Santa Rosa II	0	0	1	10	1	8	3	3		
Cirugía I-4	0	0	1	10	1	8	3	3		
San Pedro	0	0	0	0	0	0	2	2		
El Carmen	0	0	0	0	0	0	2	2		
Oncología Ginecológica	0	0	0	0	0	0	2	2		
Obstetricia H-2	0	0	0	0	0	0	2	2		
Julián Arce	0	0	0	0	0	0	2	2		
Nutrición	0	0	0	0	0	0	2	2		
Santa Rosa III	1	50	0	0	1	8	1	1		
Emergencia Pediátrica	0	0	0	0	0	0	1	1		
Santa Ana	0	0	0	0	0	0	1	1		
Consultorios Externos	0	0	0	0	0	0	1	1		
Cirugía I-3	0	0	0	0	0	0	1	1		
Centro Endoscópico	0	0	0	0	0	0	1	1		
UCI Cardiovascular	0	0	0	0	0	0	1	1		
Pediatría	0	0	0	0	0	0	1	1		
Medicina Física y Rehabilitación	0	0	1	10	1	8	1	1		
Total	2	100	10	100	12	100	98	100		

Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales - HNDM

Se observa que el servicio con mayor ocurrencia de casos de Accidentes laborales por exposición a Fluidos biológicos y/o objetos punzocortantes fue el servicio de Emergencia Adultos (42%) para agosto, que representa el 37% en lo que va del año, seguido de UCI General con un acumulado de 6% en lo que va del año.

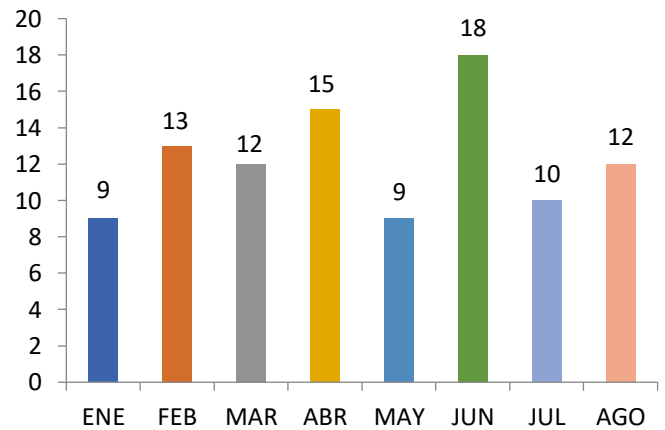
Tabla N°3.4. Tendencia de los Accidentes Laborales por Grupo Ocupacional. HNDM, Enero . Agosto 2018

Grupo Ocupacional	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	N°	%
Interno de Medicina	4	5	4	5	3	3	3	3	30	31
Médico Residente	2	3	2	2	2	1	5	3	20	20
Enfermera	1	0	0	1	1	4	0	3	10	10
Téc. en Enfermería	1	1	1	1	0	3	0	1	8	8
Téc. en Lab.	0	1	1	0	0	3	1	0	6	6
Interno de Enfermería	1	1	0	2	1	0	0	0	5	5
Médico Asistente	0	1	1	2	0	0	1	0	5	5
Personal Limpieza	0	1	0	0	0	3	0	1	5	5
Alumnos (Enfermería, Medicina e Institutos)	0	0	2	1	0	0	0	1	4	4
Auxiliar de Nutrición	0	0	0	0	2	0	0	0	2	2
Tecnólogo Médico	0	0	1	0	0	1	0	0	2	2
Interno de Odontología	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1
TOTAL	9	13	12	15	9	18	10	12	98	100

Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales - HNDM

La tabla muestra que en lo que va del presente año, los Internos de Medicina presentan el mayor número de casos (31%), seguidos de los Médicos Residentes (20%)

Grafica N°3.3: Tendencia Mensual de los Accidentes Laborales por Exposición a Fluidos Biológicos y/u Objetos Punzocortantes. HNDM, Enero – Agosto 2018



Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales - HNDM

La tendencia de los Accidentes Laborales por exposición a Fluidos Biológicos y/u Objetos punzocortantes muestra que, en lo que va del presente año, Junio es el mes que presentó el mayor número de casos (18), seguido de Abril (13); los meses con menor incidencia de casos de accidentes fueron Enero y Mayo (9 cada uno).

Tabla N°3.5: Circunstancias Asociadas a los Accidentes Laborales por Exposición a Fluidos Corporales y/u Objetos Punzocortantes. HNDM, Agosto 2018

Circunstancias asociadas a los accidentes	Salpicadura		Punzo-cortantes		Total Mes		N° Acum. Agosto	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Durante procedimiento de sutura	1	50	3	30	4	33	19	19
Durante un procedimiento (adm. Tto., inserción cvp, cvc, etc.)	0	0	3	30	3	25	14	14
Durante segregación de residuos hospitalarios	1	50	2	20	3	25	10	10
Durante procedimiento de toma de muestra de AGA	0	0	1	10	1	8	9	9
Durante procedimiento Quirúrgico	0	0	0	0	0	0	8	8
Durante procedimiento de toma de muestra de Hemogluco-test	0	0	0	0	0	0	7	7
Después de uso de material, antes de descartarlo	0	0	0	0	0	0	6	6
Al reencapsular una aguja usada	0	0	0	0	0	0	6	6
Durante toma de muestra	0	0	0	0	0	0	4	4
Material fue dejado en lugar inadecuado	0	0	0	0	0	0	3	3
Durante el uso del material	0	0	1	10	1	8	3	3
Durante procedimiento de aspiración de secreciones	0	0	0	0	0	0	2	2
Durante procedimiento de infiltración de anestesia	0	0	0	0	0	0	2	2
Al finalizar el procedimiento (recojo de material, catéter EV, IM, SC, CVC, Epidural, etc)	0	0	0	0	0	0	1	1
Durante procedimiento de uso de bisturí	0	0	0	0	0	0	1	1
Durante lavado de instrumento	0	0	0	0	0	0	1	1
Después de uso de material, después de descartarlo	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	2	100	10	100	12	100	98	100

Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales - HNDM

El análisis de las circunstancias en las que más se desarrollan los accidentes por exposición a Fluidos Biológicos y/o exposición a objetos punzocortantes muestra que, en lo que va del año, estuvieron relacionadas al procedimiento de sutura con 19 casos, seguidos del procedimiento de administración de tratamiento, inserción de CVP, CVC etc. con 14 casos, y durante la segregación de residuos hospitalarios con 10 casos, en lo que va del año

Tabla N°3.6: Turnos Asociados a los Accidentes Laborales por Exposición a Fluidos Corporales y/u Objetos Punzocortantes. HNDM, Agosto 2018

Turno en que sucedió el accidente	Salpicadura		Punzocortantes		Total Mes		N° Acum. Agosto	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Mañana	1	50	7	70	8	67	52	53
Tarde	1	50	1	10	2	17	23	23
Noche	0	0	2	20	2	17	23	23
Total	2	100	10	100	12	100	98	100

Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales - HNDM

En lo que va del año, el mayor porcentaje de accidentes laborales por exposición a Fluidos biológicos y/o exposición a objetos punzocortantes se registraron durante el turno matutino (53%), seguido del turno nocturno (23%).

Tabla N°3.7: Grado de Accidente Asociado a los Accidentes Laborales por Exposición a Objetos Punzocortantes. HNDM, Agosto 2018

Grado de accidente	Punzocortantes		N° Acum. Agosto	
	N°	%	N°	%
Superficial	7	70	61	82
Moderado	3	30	13	18
Total	10	100	74	100

Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales - HNDM

Superficial: Sin sangrado

Moderado: Perforación superficial, escaso sangrado

Grave: Perforación profunda, sangrado profuso

Los accidentes laborales por Exposición a Objetos Punzocortantes, en lo que va del año, fueron en su mayoría superficiales (sin sangrado), con 82% de los casos, mientras que fueron moderados (perforación superficial con escaso sangrado), con 18% de los casos.

Tabla N°3.8: Estado de Vacuna Asociados a los Accidentes Laborales por Exposición a Fluidos Corporales y/o Objetos Punzocortantes. HNMD, Agosto 2018

Estado de vacunación para VHB en el trabajador	Salpicadura		Punzocortantes		Total Mes		N° Acum. Agosto	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
	Una dosis	1	50	0	0	1	8	10
Dos dosis	0	0	2	20	2	17	18	18
Tres dosis	1	50	8	80	9	75	68	69
Ninguna	0	0	0	0	0	0	2	2
Total	2	100	10	100	12	100	98	100

Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales - HNMD

En lo referente a la protección basada en la vacunación contra la Hepatitis B en Agosto del presente año, se observa que todos tuvieron, al menos, una dosis de la vacuna, pero sólo el 75% de los trabajadores de salud expuestos 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.

Zona de Localización del Accidente	Punzocortantes		N° Acum. Agosto	
	N°	%	N°	%
Índice derecho, palma	1	10	10	14
Pulgar derecho, palma	1	10	10	14
Dedo medio izquierdo, palma	0	0	9	12
Pulgar izquierdo, palma	1	10	9	12
Índice izquierdo, palma	6	60	13	18
Anular izquierdo, palma	0	0	7	9
Anular derecho, palma	0	0	4	5
Dedo medio derecho, palma	0	0	3	4
Palma mano derecha	0	0	3	4
Dorso mano izquierda	0	0	1	1
Antebrazo izquierdo	0	0	1	1
Muslo, pierna derecha	0	0	1	1
Palma mano izquierda	1	10	2	3
Meñique derecho, palma	0	0	1	1
Total	10	100	74	100

Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales - HNMD

El 60% de los Accidentes por exposición a objetos punzocortantes según localización de la lesión, para Agosto del presente año, se presentó en dedo medio izquierdo, palma, representando un acumulado de 16% en lo que va del año.

Tabla N°3.10: Zona de Localización Asociados a los Accidentes Laborales por Exposición a Fluidos Corporales. HNMD, Agosto 2018

Zona de Localización del Accidente	Salpicadura		N° Acum. Agosto	
	N°	%	N°	%
Cara, ojo derecho	1	50	10	42
Cara, ojo izquierdo	1	50	7	29
Ambos ojos	0	0	2	8
Índice izquierdo, palma	0	0	1	4
Meñique derecho, palma	0	0	1	4
Índice derecho, dorso	0	0	1	4
Pulgar derecho, palma	0	0	1	4
Cara	0	0	1	4
Boca, frente	0	0	0	0
Total	2	100	24	100

Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales - HNMD

El 100% de los Accidentes laborales por exposición a Fluidos biológicos – Salpicaduras según localización de la lesión se presentó en los ojos.

Tabla N°3.11: Tasa de Accidentabilidad por Grupo Ocupacional. HNMD, Agosto 2018

Grupo Ocupacional	N°	Población	Tasa
Interno de Medicina	3	123	2.44
Médico Residente	3	272	1.10
Personal Limpieza	1	125	0.80
Enfermera	3	440	0.68
Alumnos (enfermería, medicina e institutos)	1	500	0.20
Técnico en Enfermería	1	536	0.19
TOTAL	12		

Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales - HNMD

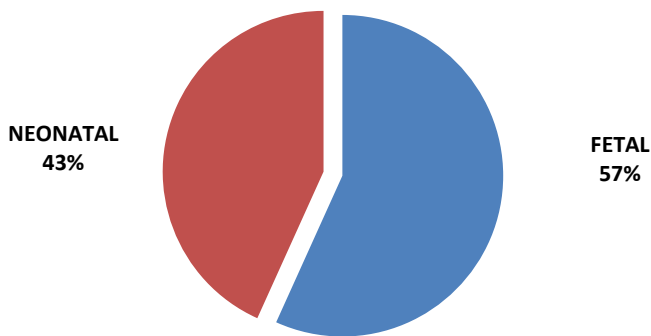
Se observa que la Tasa de Accidentabilidad por accidentes de trabajo más alta se ha presentado en el Grupo Ocupacional de los Internos de Medicina (2.44%), seguido de los Residentes de Medicina (1.10%).

IV. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE 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. En Agosto del presente año, se ha notificado 05 muerte perinatales, de los cuales 03 casos fueron natimueertos (60%) y 02 casos fueron muertes Neonatales (40%).

En el acumulado de Muertes perinatales (Fetales más neonatales), se registran 37 muertes perinatales, las Muertes Fetales con 21 casos (57%), seguido de las Muertes Neonatales con 16 casos (43%).

5.1. Distribución de la Mortalidad Fetal y Neonatal. HNMD, Agosto 2018



Fuente: Base de datos del VEA-HNMD.

Tabla N° 5.1: Muertes Fetales y Neonatales Según Peso al Nacer y Tipo de Parto. HNMD, Agosto 2018

Peso (g)	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	Vaginal	Cesárea	Total
500 - 999	5	1	6	0	6	5	1	1	2	3	6			
1000 - 1499	6	0	6	0	6	0	0	0	0	0	0			
1500 - 1999	1	2	3	0	3	3	0	1	2	0	3			
2000 - 2499	3	0	3	0	3	1	2	0	2	1	3			
2500 - 2999	1	1	2	0	2	0	0	0	0	0	0			
3000 - 3499	1	0	1	0	1	1	3	1	2	1	4			
3500 - 3999	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
4000 - 4499	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
>=4500	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
TOTAL	17	4	21	0	21	10	6	3	8	5	16			

Fuente: Base de datos del VEA-HNMD.

Hasta Agosto del presente año, según el Aplicativo Analítico BABIES, se observa que el perfil epidemiológico de las 21 muertes fetales, presentan edades gestacionales de 22 a 40 semanas, con pesos de 500 – 3.499 gramos; siendo que en la mayoría de muertes fetales no se identifica la causa básica de muerte fetal, asimismo las madres poseen CPN insuficiente, siendo 17 natimueertos de parto vaginal y 04 por cesárea. Un 48% de muertes perinatales tienen pesos por debajo de 1500 gr. (18/37), siendo más notorio en las muertes fetales (32%).

El perfil epidemiológico de las muertes neonatales muestra edades gestacionales de los fallecidos de 23 a 40 semanas, con pesos al nacer de 500 - 3.499 gramos, con insuficientes CPN, nacidos de parto vaginal (10) y nacidos de parto por Cesárea (06); siendo la causa básica de mortalidad neonatal la Sepsis Neonatal.

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° 5.2: Muerte Fetal Según CIE 10 y Peso de Nacimiento, HNMD, Agosto 2018

DIAGNOSTICOS	CODIGO CIE X	PESO AL NACIMIENTO (g)						TOTAL
		500 - 999	1000 - 1499	1500 - 1999	2000 - 2499	2500 - 2999	≥ 3000	
MUERTE FETAL DE CAUSA NO ESPECIFICADA	P95	2	3	2	3	1	0	11
INMATURIDAD EXTREMA	P07.2	2	1	0	0	0	0	3
FETO Y RECIEN NACIDO AFECTADOS POR CORIOAMNIONITIS	P02.7	1	1	0	0	0	0	2
FETO Y RECIEN NACIDO AFECTADOS POR PLACENTA PREVIA	P02.0	0	0	1	0	0	0	1
SÍNDROME DEL RECIEN NACIDO DE MADRE CON DIABETES GESTACIONAL	P70.0	0	0	0	0	1	0	1
FETO Y RECIEN NACIDO AFECTADOS POR OLIGOHIDRAMNIOS	P01.2	0	1	0	0	0	0	1
FETO Y RECIEN NACIDO AFECTADOS POR OTRA COMPRESIÓN DEL CORDÓN UMBILICAL	P02.5	0	0	0	0	0	1	1
MALFORMACIÓN CONGÉNITA	Q89.9	1	0	0	0	0	0	1
TOTAL GENERAL		6	6	3	3	2	1	21

Fuente: Base de datos del VEA-HNMD.

En Agosto del presente año, según codificación CIE – 10 la causa básica de Mortalidad Fetal fue de causa no especificada.

Hasta Agosto del presente año, según codificación CIE-10 las causas básicas de Mortalidad Fetal siguen siendo de causa no especificada (30%), seguido de inmadurez extrema (8%).

Tabla N°5.3: Muerte Neonatal según Codificación CIE – 10 y Peso al Nacimiento. HNMD, Enero – Agosto 2018

DIAGNOSTICOS	CODIGO CIE X	PESO AL NACIMIENTO (g)						TOTAL
		500 - 999	1000 - 1499	1500 - 1999	2000 - 2499	2500 - 2999	≥ 3000	
		SEPSIS BACTERIANA DEL RECIEN NACIDO	P36	3	0	1	0	
ANENCEFALIA	Q00.0	0	0	1	1	0	0	2
ENFERMEDAD MEMBRANA HIALINA	P22.0	1	0	0	0	0	0	1
NEUMONÍA CONGÉNITA DEBIDA A OTROS ORGANISMOS	P23.8	0	0	0	0	0	1	1
MALFORMACIONES CONGÉNITAS MÚLTIPLES	Q89.7	0	0	0	1	0	0	1
HERNIA DIAFRAGMÁTICA CONGENITA	Q79.0	0	0	0	0	0	1	1
MALFORMACIÓN CONGÉNITA	Q89.9	0	0	1	0	0	0	1
HIDROPESÍA FETAL NO DEBIDA A ENFERMEDAD HEMOLÍTICA	P83.2	0	0	0	1	0	0	1
ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE	P77	1	0	0	0	0	0	1
INMADURIDAD EXTREMA	P07.2	1	0	0	0	0	0	1
INSUFICIENCIA CARDÍACA NEONATAL	P29.0	0	0	0	0	0	1	1
TOTAL GENERAL		6	0	3	3	0	4	16

Fuente: Base de datos del VEA-HNDM.

En Agosto del presente año, se presentaron 02 casos de Mortalidad Neonatal, uno por Sepsis Neonatal y Cardiopatía Congénita. En el acumulado hasta Agosto del presente año, las causas más frecuente de Mortalidad Neonatal son Sepsis Neonatal y/o Anencefalia (20% y 8% respectivamente).

Según distribución porcentual de muertes perinatales hasta agosto del presente año, la mayor ocurrencia es de causa no especificada (30%), seguidos de Sepsis Bacteriana del Recién Nacido (14%)

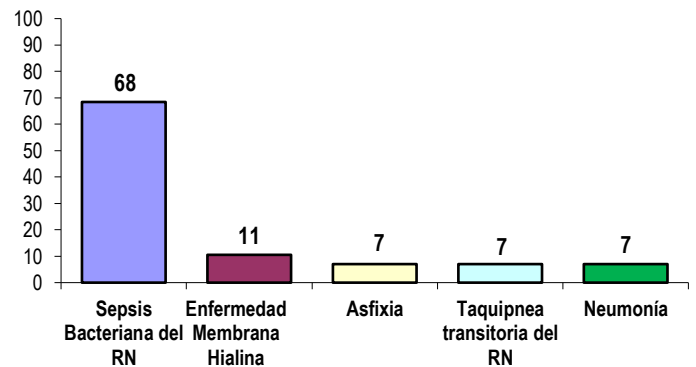
Gráfico N° 5.2: Distribución Porcentual de Muertes Perinatales. HNMD, Enero – Agosto 2018



Fuente: Base de datos del VEA-HNDM.

Según distribución porcentual de Muertes perinatales hasta Agosto del presente año, se puede apreciar que la mayor ocurrencia de casos es Muerte Fetal de causa no especificada (30%), seguido de Sepsis bacteriana del recién nacido (14%).

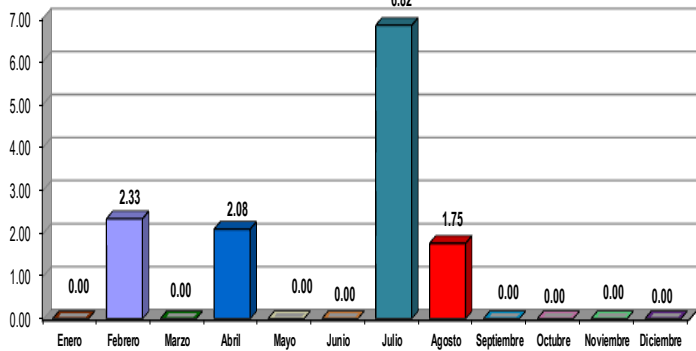
Gráfico N°5.3: Distribución Porcentual de Tipos de Complicación Neonatal, HNMD, Agosto 2018



Fuente: Base de datos del VEA-HNDM.

Durante Agosto del presente año se atendieron 57 recién nacidos complicados. Las complicaciones más frecuentes siguen siendo la Sepsis Neonatal con 39 casos (68%), seguido de Enfermedad de Membrana Hialina con 06 casos (11%).

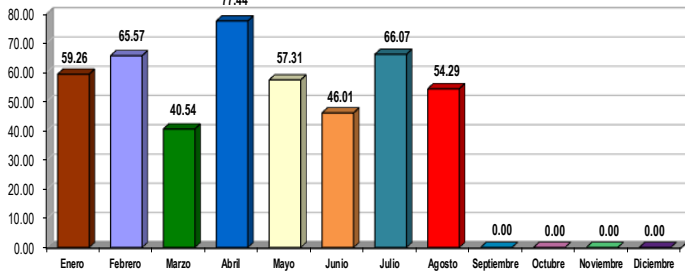
Gráfico N°5.4: Tasa de Letalidad de Complicaciones Neonatales. HNNDM, Enero – Agosto 2018



Fuente: Base de datos del VEA-HNNDM.

En Agosto se ha notificado una muerte neonatal por complicaciones sujetas a vigilancia epidemiológica, como daños centinela (Tasa de Letalidad: 1.75 por 100 nacidos vivos).

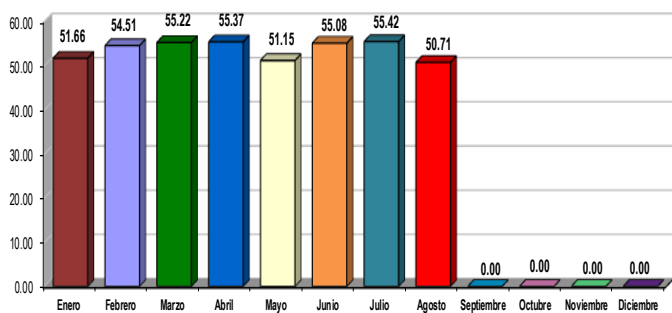
Gráfico N°5.5: Tasa de Incidencia de Bajo Peso al Nacer. HNNDM, Enero – Agosto 2018



Fuente: Base de datos del VEA-HNNDM.

En Agosto del presente año, se observa que la Tasa de incidencia de bajo peso al nacer es de 54.29 x 1000 recién nacidos vivos, siendo la tendencia descendente en este último mes.

Gráfico N°5.6: Tasa de Cesárea General. HNNDM, Enero – Agosto 2018

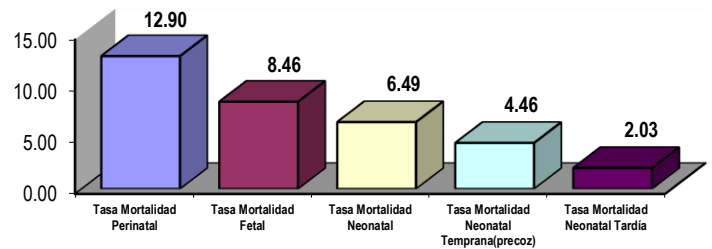


Fuente: Base de datos del VEA-HNNDM.

La proporción de partos complicados sigue siendo alta (74.5%), dado que el HNNDM es un Establecimiento de referencia nacional. En Agosto, la tasa de cesárea general fue de 50.71%, el resto de partos fueron partos vaginales distócicos.

La tasa de cesárea en RN de bajo peso al nacer fue de 3.68%, 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 9.63% y la tasa de cesárea con RN macrosómico es de 5.95%.

Gráfico N°5.7: Tasa de Mortalidad Fetal y Neonatal. HNNDM, Enero – Agosto 2018



Fuente: Base de datos del VEA-HNNDM.

En relación a las Tasas de Mortalidad Perinatal, hasta Agosto del presente año, que la Tasa de Mortalidad Perinatal es de 12.9 x 1000 nacimientos, la Tasa de Mortalidad Neonatal fue de 6.49 x 1000 RN Vivos, la Tasa de Mortalidad neonatal precoz es de 4.46 x 1000 RN Vivos, la Tasa de Mortalidad neonatal tardía es de 2.03 x 1000 RN Vivos; la Tasa de Mortalidad Fetal es de 8.46 x 1000 nacimientos.

En Agosto del presente año, la Tasa de Mortalidad Perinatal es de 14.08 x 1000 nacimientos, la Tasa de Mortalidad Neonatal es de 5.71 x 1000 nacidos vivos y la Tasa de Mortalidad Fetal es de 8.45 X 1000 nacimientos.

V. EVALUACIÓN DEL MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS HOSPITALARIOS.

Cuadro N° 6.1: Evaluación del Manejo de Residuos Sólidos Hospitalarios, por Servicios. HNDM, Agosto 2018

SERVICIO	CALIFICACION		
	BUENO	REGULAR	MALO
San Andrés	X		
Julián Arce	X		
Santa Ana		X	
San Pedro	X		
Santo Toribio		X	
San Antonio I	X		
San Antonio II	X		
Infectología "Santa Rosa II"	X		
Neumología "Santa Rosa III"	X		
Oncología Médica (Quimioterapia)	X		
Nefrología – Hemodiálisis		X	
Cirugía H-3	X		
Cirugía H-4	X		
Cirugía I-3	X		
Cirugía I-4		X	
Urología I-1	X		
Traumatología "El Carmen"	X		
Obstetricia H-2		X	
Centro Obstétrico y Recuperacion	X		
Pediatría	X		
Neonatología I-2		X	
Odontología	X		
Diagnóstico por Imágenes	X		
Farmacia	X		
Central de Esterilización	X		
Anestesiología y Centro Quirúrgico (SOPC)	X		
Sala de Operaciones de Emergencia		X	
Recuperación de Emergencia		X	
Emergencia		X	
UCI-, UCI Neuro y UCIN	X		
Patología Clínica (Automatización, Semiautomatización, Centrifugación y Gestión de la Calidad).	X		
Anatomía patológica	X		
Banco de Sangre y Hemoterapia	X		
Unidad de Cuidados Cardiovascular Post Quirúrgico.	X		
Cuidados Cardiovasculares Agudos y Coronario.		X	
TOTAL	71%	29%	0%

Fuente: Base de datos del VRS-HNDM.

El 71% de los servicios cumple con un adecuado manejo de residuos sólidos hospitalarios. Sin embargo, un 29% se encuentra realizando aún un manejo regular de los residuos.

Los factores que

- La inadecuada segregación de los residuos.
- No se desecha adecuadamente los residuos comunes (frascos de suero, envolturas de algodón, envolturas de alimentos y botellas de bebidas) en el tacho correspondiente.
- No se desecha adecuadamente los residuos biocontaminados (gasas, esparadrapos, guantes descartables, respiradores N95, botas descartables, gorros descartables y algodón con sangre) en el tacho correspondiente.

Cuadro N° 6.2: Evaluación por Departamentos del Manejo de Residuos sólidos Hospitalarios. HNDM, Agosto 2018

DEPARTAMENTOS	CALIFICACION		
	BUENO (%)	REGULAR (%)	MALO (%)
Departamento de Medicina	71	29	-
Departamento de Especialidades Médicas	75	25	-
Departamento de Cirugía	83	17	-
Departamento de Gineco- Obstetricia	50	50	-
Departamento de Pediatría	50	50	-
Dpto. de Odontología	100	-	-
Dpto. de Diagnóstico por Imágenes	100	-	-
Departamento de Farmacia	100	-	-
Departamento de Enfermería	100	-	-
Dpto. de Anestesiología y Centro Qx	33	67	-
Departamento de Emergencia	50	50	-
Departamento de Patología Clínica	100	-	-
Departamento de Banco de Sangre y Hemot.	100	-	-
Departamento de Cirugía de Tórax y cardiovascular.	50	50	-

Fuente: Base de datos del VRS-HNDM.

Los Departamentos que mejor cumplen con el manejo de los residuos sólidos son Odontología, Diagnóstico por Imágenes, Farmacia, Enfermería, Patología Clínica y Banco de Sangre y Hemoterapia. Los Departamentos que manejan los residuos sólidos de manera regular son Medicina, Especialidades Médicas, Cirugía, Gineco-Obstetricia, Pediatría, Anestesiología y Centro Quirúrgico, Emergencia y Cirugía de Tórax y Cardiovascular.

VI. CONCLUSIONES

1. La principal Infección Intrahospitalaria reportada en el presente mes fue la Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica, que es una complicación frecuente de la intubación y la misma ventilación mecánica.
2. La Tasa más elevada en el mes de agosto fue la Tasa de Densidad de Incidencia de Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica con 9.20 x 1000 días/vm en el servicio de UCI, sobrepasando el Promedio Nacional, Promedio Histórico y Promedio por Categoría
3. La Hepatitis B es la enfermedad de notificación obligatoria que se notifica con más frecuencia en el HNMDM (48%), seguido de Varicela sin complicaciones (22%); siendo la población más afectada el grupo etario de 20 a 64 años (52%), podemos atribuirlo al hecho que, para este grupo, las vacunas no estaban incluidas en la Estrategia Nacional de Inmunizaciones (ESNI), ya que estas vacunas fueron incluidas recientemente, Hepatitis B desde hace cerca de 10 años y este año, Varicela.
4. Los casos de SOBA/Asma y Neumonías Graves, aumentaron y están en zona de epidemia desde Mayo del 2018, con una elevada incidencia de Neumonías atípicas, resultado de las muy bajas temperaturas registradas por los continuos friajes y la prolongación del invierno.
5. Los principales casos de accidentes laborales siguen siendo por exposición a objetos punzocortantes. En el Grupo Ocupacional en etapa de entrenamiento; siendo los internos de medicina los que presentan el mayor número de casos. Además, las ocurrencias se presentaron con más frecuencia en el servicio de Emergencia durante los procedimientos de sutura en los que podrían estar incumplándose las medidas de protección y seguridad en el trabajo.
6. No se está realizando la necropsia en las muertes fetales, debido a situaciones del proceso vinculadas a costos y falta de autorización de familiares, situación que impide definir la Causa Básica de estas muertes que siguen figurando como No Especificada.
7. La causa más frecuente de Mortalidad neonatal sigue siendo por Sepsis Neonatal del recién nacido.
8. Un porcentaje importante (29%) se encuentra realizando aún un manejo regular de los residuos sólidos hospitalarios debido a una inadecuada segregación de los residuos, no se desecha adecuadamente los residuos comunes o no se desecha adecuadamente los residuos biocontaminados en los tachos correspondientes.

VII. ACTUALIDAD EPIDEMIOLÓGICA

ALERTA EPIDEMIOLÓGICA A NIVEL NACIONAL



PERÚ Ministerio de Salud

Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Diálogo y Reconciliación Nacional"

Actualización de Alerta Epidemiológica

Riesgo de reaparición de la transmisión endémica del sarampión en el Perú agosto de 2018

CÓDIGO: AE – CDC Nº 010 - 2018

I. Objetivo

La presente Alerta Epidemiológica tiene alcance nacional y está dirigida a todos los establecimientos de salud bajo jurisdicción de las GERESA/DIRESA/DIRIS, EsSalud, FFAA, PNP, Solidaridad, redes y otros establecimientos de salud públicos o privados. Éstos deberán continuar con las actividades de vacunación antisarampionosa e intensificar la vigilancia epidemiológica, la investigación de casos y el diagnóstico de laboratorio del síndrome febril con erupción maculo-pápular, a fin de asegurar una respuesta rápida para las acciones de prevención y/o control frente a casos sospechosos o confirmados de sarampión.

II. Antecedentes

Desde finales del 2017, Venezuela presenta un brote con transmisión activa en todos los estados y el Distrito Capital. Desde la confirmación del primer caso de sarampión en la SE 26 de 2017 y hasta la SE 29 de 2018, se notificaron 4.272 casos confirmados de sarampión (727 del 2017 y 3.545 del 2018) incluidas 62 defunciones.

Desde la semana epidemiológica (SE) 1 hasta la SE 33 de 2018, se notificaron 5.004 casos confirmados de sarampión, incluidas 68 defunciones, en 11 países de las Américas: Antigua y Barbuda (1 caso), Argentina (8 casos), Brasil (1.237 casos, incluido 6 defunciones), Canadá (19 casos), Colombia (60 casos), Ecuador (17 casos), Estados Unidos de América (107 casos), Guatemala (1 caso), México (5 casos) y Perú (4 casos).

En el Perú, el último caso autóctono reportado fue en el año 2000, en el distrito de Ventanilla (Región Callao). En el año 2008 se identificó un caso importado de la India y en el 2015, 4 casos relacionados a la importación.

Entre la SE 08 y SE 33 del 2018 se han confirmado 4 casos de sarampión. De éstos, dos tienen fuente de infección desconocida en residentes peruanos sin antecedente de viaje fuera del país y dos casos fueron importados desde Venezuela. Los cuatro casos confirmados son del sexo masculino. El genotipo aislado en los dos primeros casos corresponde al D8 proveniente de la India; mientras que los dos últimos corresponden al genotipo D8 de procedencia de Venezuela.



III. Situación actual

Entre la SE 33 y 34, la DIRESA Callao, reportó **dos nuevos casos** de sarampión en menores de 6 años y 9 meses, respectivamente, procedentes de las localidades de San Juan Bosco y AAHH Ramón Castilla del distrito y provincia del Callao. Ambos vienen siendo clasificados como casos de sarampión **con fuente de infección desconocida** al no haber relación directa con un caso importado, ni viajes a otros lugares. La investigación epidemiológica está en curso.



PERÚ

Ministerio de Salud

Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Diálogo y Reconciliación Nacional"

- Ante la presencia de Caso Confirmado: Se procederá a vacunar, a **TODO**s los contactos identificados dentro de las primeras 72 horas. El nivel nacional, determinará los rangos de edades a vacunarse y establecerá los lineamientos correspondientes en función del análisis epidemiológico.
- Ante caso confirmado con Casos Secundarios: Esta vacunación deberá realizarse también dentro de las primeras 72 horas de confirmación del caso secundario.
- Convocar al equipo técnico de inmunizaciones para evaluar las coberturas de vacunación de SPR segunda dosis (Refuerzo); evaluar las tasas de notificación, y la oportunidad de investigación de casos de sarampión/rubéola a nivel distrital y en cada establecimiento de salud para identificar brechas e implementar estrategias para reducirlas.

Procedimientos para la obtención de muestras para el diagnóstico de sarampión o rubéola

Cada GERESA/DIRESA debe contar con la disponibilidad de insumos para la obtención de muestras de suero, hisopado nasofaríngeo y medios de transporte viral, así como el traslado oportuno de las muestras al laboratorio referencial del Instituto Nacional de Salud (INS), dentro de 5 días de captado el caso.

- Se obtendrá una muestra de sangre e hisopados nasal y faríngeo, al primer contacto con el paciente sospechoso de sarampión o rubéola.

Suero sanguíneo: Para detección de anticuerpos anti-sarampión o anti-rubéola

- Extraer 5 mL de sangre venosa en tubo sin anticoagulante.
- Centrifugar a 2500 rpm x 10 min (si no hay centrifuga dejar el tubo en reposo por 2 horas para que se separe el coágulo del suero).
- Trasvasar el suero a un criovial estéril. Rotular el criovial con apellidos y nombres, edad, fecha de obtención de muestra y procedencia
- Conservar a temperatura +2 a +8°C y trasladar inmediatamente al INS; hasta que el laboratorio regional realice el diagnóstico serológico.
- Se debe obtener y enviar una segunda muestra de suero en los siguientes casos:
 - Cuando la muestra de sangre ha sido obtenida antes de los tres días del inicio de la erupción.
 - Cuando se obtuvo resultados **VALOR LIMITE O INDETERMINADO**, debiendo realizarse a los 15 días de inicio de la erupción para evaluar seroconversión.



Hisopado nasal y faríngeo: Para diagnóstico molecular

- Obtener muestras de hisopado nasal y faríngeo hasta los primeros 5 días de iniciada la erupción. Para la obtención de la muestra se deberá usar el kit para toma de muestra (02 hisopos de algodón estéril y medio de transporte viral MTV), conservado a temperatura +2 a +8°C
- Luego de humedecer uno de los hisopos en el MTV, se obtendrá la muestra de una de las fosas nasales realizando movimientos rotatorios.
- Con el segundo hisopo y utilizando un baja lengua, se obtendrá la muestra de la parte posterior de la faringe.
- Colocar ambos hisopos en el MTV² y romper el excedente del mango de los hisopos para permitir el cierre hermético del tubo.
- Rotular el tubo con apellidos y nombres, edad, fecha de obtención de muestra y procedencia





- Conservar a temperatura +2 a +8°C
- Enviar la muestra inmediatamente al Instituto Nacional de Salud (INS) manteniendo la cadena de frío de +2 a +8°C.

Acciones de promoción de la salud:

- Identificar los espacios o instancias multisectoriales o quien haga sus veces (Consejo Regional de Salud, Municipios, Mesas de concertación de lucha contra la pobreza, Mesas multisectorial de Salud, Redes de instituciones educativas, guarderías, wawawasi, PRONOI, Programas sociales entre otros) a nivel regional y local para que la DIRESA en coordinación con el gobierno regional de a conocer la información básica y oportuna para fomentar el cumplimiento del esquema de vacunación y la vacunación en grupos de riesgo.
- Identificar los espacios o instancias comunales (juntas vecinales, organizaciones sociales de base entre otros) o quien haga sus veces para el fortalecimiento de la difusión acerca de los mensajes claves relacionados a la enfermedad y la importancia de detectar oportunamente los casos sospechosos.
- Articulación con los Ministerios de Inclusión Social y MINCETUR para la promoción de prácticas y entornos saludables relacionados con sarampión en su población objetivo y para el trabajo con comunidades indígenas.
- Establecer contacto y coordinación con grupos de inmigrantes organizados en la jurisdicción de la GERESA/DIRESA, dada la posibilidad de que un nuevo inmigrante en periodo de incubación podría llegar y tener contacto con ellos, si alguna persona desarrollara un cuadro de sospecha de sarampión, debe ser llevado a un establecimiento de salud para ser evaluado y tomar las medidas pertinentes de control epidemiológico.
- Implementar un plan comunicacional dirigido a la población general, puntos de entrada (aeropuertos, puertos y pasos fronterizos) con mensajes claves de identificación de signos y síntomas, teléfono de contacto con sistema 24/7 y listado de establecimientos de salud disponibles para la atención.
- Difusión de mensajes en salas de espera de los EE.SS. y redes sociales.
- Fortalecer el trabajo con los Agentes Comunitarios de Salud, con énfasis en los siguientes temas: Importancia de la vacunación de acuerdo al esquema de vacunación regular, comportamiento saludable, conocimiento básico sobre la sintomatología de un caso sospechoso y su reporte oportuno al establecimiento de salud más cercano.
- Continuar con la capacitación al personal de salud para garantizar la pronta identificación, notificación e investigación de todo caso de enfermedad febril eruptiva. Las actividades diarias y semanales continuarán hasta el alta epidemiológica (contados a partir de la presentación del último caso confirmado hasta tres periodos de incubación).
- Intensificar la promoción de prácticas saludables relacionadas al cuidado y autocuidado contra el sarampión: higiene de la piel, salud respiratoria, vacunación
- Fortalecer las capacidades del personal de salud en prácticas y entornos saludables frente al sarampión.



Atención y aislamiento hospitalario:

- Garantizar el acceso a la atención de los casos sospechosos de sarampión.
- Triage y atención diferenciada de los casos sospechosos.
- Garantizar ambientes de aislamiento para casos complicados.



Aislamiento domiciliario: A los pacientes sospechosos de sarampión debe indicarse que debe permanecer en su domicilio sin salir hasta cinco días después del inicio del exantema. Durante este período de aislamiento, no deben tener contacto con miembros de la familia susceptibles (por ejemplo, lactantes y adultos sin vacunar) y sólo deberán tener contacto o 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 vacunados contra el sarampión (Vacunación SR). Además de las precauciones ordinarias (por ejemplo, lavado de manos, empleo de guantes cuando se manipulen secreciones orgánicas, utilización de batas), 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 debe usar 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 que siguen al día del inicio del exantema en el paciente.
- Debe considerarse contacto a: **Todas las personas que vivían en la misma casa u otras dependencias cercanas al paciente sospechoso mientras este era contagioso.**
- Debe confeccionarse 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 signos clínicos sugestivos de sarampión o rubéola, 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 paciente 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 tales síntomas durante el período de monitoreo de cuatro semanas y entren en contacto con las autoridades sanitarias.

• **Vacunación contra Sarampión:**

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





Vacunación preventiva:

- Intensificar las actividades rutinarias de vacunación en menores de 5 años 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.
 - Cierre de brechas para culminar barrido de vacunación 2016.
 - Garantizar las dos dosis de la vacuna contra SPR en el niño menor de 2 años (1ra dosis: 12 meses y 2da dosis: 18 meses).
 - El personal de salud deberá comprobar antecedentes de vacunación como una obligatoriedad, en todo niño menor de 05 años
 - Vacunar y/o completar con la vacuna contra SPR a los niños menores de 5 años 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.
- Debe vacunarse contra el sarampión a poblaciones en mayor riesgo de contagiarse:
 - Personal de salud (asistencial y de salud pública),
 - Personas que trabajan en transporte especialmente en la ruta desde la frontera norte hacia la capital, personal de hoteles, aeropuertos,
 - Niños de 1 a 4 años zonas de frontera,
 - 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).
 - Las DIRESAS/GERESAS en cuya jurisdicción tienen comunidades indígenas, deben considerarlas como poblaciones en elevado riesgo para sarampión y deben ser vacunadas con prioridad de los niños de 1 a 4 años.



• **Vacunación frente a la ocurrencia de casos:**

- Se vacunará con la vacuna triple viral (SPR) 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 el inicio del bloqueo dentro de las 72 horas y comprende la vacunación de los niños entre 1 a 4 años, que no tienen el esquema de vacunación completo. El ámbito de vacunación en zona urbana comprenderá un total de 121 manzanas distribuidas alrededor de la manzana donde se encuentra la vivienda del caso (hasta 5 manzanas a la redonda), y en zona rural comprenderá a todas las viviendas de la comunidad.
- Vacunación a los trabajadores de salud no vacunados en todas las zonas en que se presenten casos confirmados.
- Reducir la edad de vacunación a 6 meses, como dosis "cero", a los contactos de caso confirmado antes de las 72 horas de la exposición.





- Los establecimientos de salud deben contar con un diagrama de flujo para la atención, así como protocolos de manejo de casos sospechosos.
- Capacitar a los profesionales de salud en manejo de casos complicados
- Contar con un registro de personal de salud adecuadamente vacunado para la atención.

Los directores de los hospitales/institutos del MINSA, EsSalud, Fuerzas Armadas y Policiales, sector privado, GERESA/DISA/DIRESA/DIRIS y establecimientos de salud, así como laboratorios de diagnóstico, deberán difundir y velar por el cumplimiento de la presente alerta.

Anexos ³

Nota Técnica

Se considera como **caso sospechoso** al de cualquier paciente que un trabajador de salud sospeche que tiene sarampión o rubéola, o que presente fiebre y exantema.
A partir de la investigación, todos los casos sospechosos se deben clasificar en una de estas tres categorías mutuamente excluyentes:

- **Caso confirmado por laboratorio** es un caso sospechoso de sarampión o rubéola confirmado por laboratorio o vinculado epidemiológicamente a otro caso confirmado por laboratorio.
- **Caso confirmado clínicamente** es un caso sospechoso que no se ha investigado adecuadamente.
- **Caso descartado** es un caso sospechoso que ha sido objeto de una investigación completa, incluida la obtención a tiempo de una muestra de sangre, pero que no presenta pruebas serológicas que confirmen una infección por el virus del sarampión o la rubéola.

Según la fuente de infección, los casos confirmados se deben clasificar además en una de estas tres categorías mutuamente excluyentes:

- **Caso importado de sarampión** es un caso confirmado que, según las pruebas epidemiológicas o virológicas, estuvo expuesto al virus fuera del continente americano durante los siete a 21 días anteriores al inicio del exantema. En el caso de la rubéola, este plazo es de 12 a 23 días.
- **Caso relacionado con importación** es un caso confirmado que, según las pruebas epidemiológicas o virológicas, estuvo expuesto localmente al virus y forma parte de una cadena de transmisión iniciada por un caso importado.
- **Caso con fuente de infección desconocida** es un caso confirmado en el que no se pudo detectar la fuente de infección.

La clasificación según la fuente de infección de los casos confirmados es esencial para evaluar si en un país ha reaparecido la transmisión endémica del virus del sarampión o la rubéola. Específicamente, la **reaparición de la transmisión endémica** es una situación en la cual la cadena de transmisión no se interrumpe durante un período superior a 12 meses.

Organización Panamericana de la Salud Eliminación del sarampión: guía práctica. Washington, D.C.: OPS, © 2007. (Publicación Científica y Técnica No. 605) Disponible en: http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/guiapractica_sarampion%20ESP.pdf

³ Tomado de: Organización Panamericana de la Salud Eliminación del sarampión: guía práctica. Washington, D.C.: OPS, © 2007. Disponible en: http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/guiapractica_sarampion%20ESP.pdf



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 Huatucu

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. Iván García Corzo

Residente de Gestión en Salud

Equipo de Informática

Sra. Andrea Ydoña Cuba

Ing. Estadística Marianela Narro Dueñas

Lima - Setiembre 2018