

**EDITORIAL****CONTENIDO****EDITORIAL** *pág. 1*

1. **VIGILANCIA  
EPIDEMIOLÓGICA DE  
LAS INFECCIONES  
INTRAHOSPITALARIAS**  
*pág. 2-6*
  2. **DAÑOS DE  
NOTIFICACIÓN  
OBLIGATORIA**  
*pág. 6-10*
  3. **VIGILANCIA  
EPIDEMIOLÓGICA DE  
ACCIDENTES  
OCUPACIONALES**  
*pág. 10-11*
  4. **VIGILANCIA  
EPIDEMIOLÓGICA DE  
MORTALIDAD  
NEONATAL Y FETAL**  
*pág. 11-12*
  5. **EVALUACIÓN POR  
DEPARTAMENTOS DEL  
MANEJO DE RESIDUOS  
SÓLIDOS  
HOSPITALARIOS**  
*pág. 12*
- ACTUALIDAD EN  
EPIDEMIOLOGÍA**  
*pág. 13*

**EN LOS TIEMPOS DEL ZIKA**

En los últimos años, exactamente desde el 2016 hasta la fecha, 46 países/territorios de las Américas confirmaron casos autóctonos por transmisión vectorial del virus del Zika(1). Asimismo, 5 países notificaron casos de Zika transmitidos sexualmente, incluyendo al Perú(2). Desde la Actualización Epidemiológica del 25 de agosto de 2016, las Islas Vírgenes Británicas es el nuevo territorio que confirmó transmisión autóctona vectorial; sin embargo, en América del Sur se observa una tendencia al descenso en el número de casos notificados a diferencia de América central e incluso de Estados Unidos según el informe de la OPS.

Pero, ¿Qué es el Zika?, el zika es un virus que trasmite el mosquito Aedes, el mismo que transmite dengue y chikungunya, identificada por primera vez en 1947 en el valle de Zika, Uganda, produce una enfermedad moderada con fiebre, exantema y artralgias, los síntomas pueden durar entre dos y siete días (3), el virus se trasmite por la picadura del Aedes aegypti hembra infectado con el virus Zika, se ha descrito trasmisión por la trasfusión de sangre y nuevos estudios revelan trasmisión sexual (4), ello se respalda en lo reportado para el mes de febrero 2016 , 16 casos en los que se sospecha que la vía de transmisión es la sexual, inicialmente se reportaron dos casos de transmisión sexual del virus Zika (5), al haberse aislado en fase de replicación del Zika en el semen de un hombre con hematospermia; por lo general, 1 de cada 4 personas con zika desarrolla síntomas y en un número muy pequeño de personas se pueden encontrar complicaciones después de que enferman con el virus, pero también se debe de considerar que es la primera infección transmitida por mosquitos que se sabe que provoca anomalías congénitas en los seres humanos (6), siendo así una de las causas de la microcefalia y de las anomalías cerebrales (7); lo cual tiene un gran impacto en la salud, al punto que, en febrero del 2016, la enfermedad por el virus del Zika y las infecciones congénitas por el virus del Zika se incluyeron dentro de las afecciones de declaración obligatoria en los Estados Unidos (8).

A la fecha, 15 países y territorios de las Américas notificaron casos confirmados de síndrome congénito asociados a la infección por el virus Zika. Adicionalmente, 3 países notificaron casos sospechosos y probables de síndrome congénito asociados a la infección por el virus del Zika (9), siendo así en octubre julio de 2015 Brasil notificó una asociación entre la infección por el virus de Zika y microcefalia; sin embargo, ¿Cómo es posible esto?, pues existe evidencia microbiológica de la transmisión perinatal y transplacentaria del virus y por tanto existiría el potencial de daño al feto con repercusiones futuras (10), es por ello que se busca la prevención de la infección durante el embarazo debido a la creciente evidencia que vincula la infección materna virus Zika y como colateral la presencia de microcefalia congénita, la pérdida del feto, e incluso otros resultados de salud adversos en la reproducción(11)

Por otro lado, ello no sería el único problema, en julio de 2015 Brasil notificó la relación entre la infección por virus zika y el síndrome de Guillain-Barré, y aunque no se ha establecido una relación causal, en general, la incidencia de síndrome de Guillain-Barré parece aumentar con el aumento de la edad (12)

Por último, no se tiene aún evidencia científica sobre las variables epidemiológicas, lo cual torna la situación más crítica, sobretodo en algunas regiones del Perú donde existen enfermedades endémicas que dan cuadros similares pudiendo confundir el diagnóstico, es por ello que la prevención sigue siendo la herramienta pilar (13).

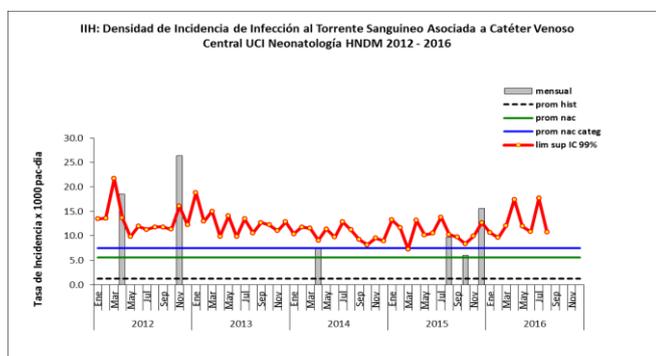
## 1. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS.

Las infecciones intrahospitalarias (IIH) constituyen un problema de salud pública importante debido a la frecuencia con que se producen, la morbilidad y mortalidad que provocan, y la carga que imponen a los pacientes, al personal sanitario y a los sistemas de salud.

Para efectos de este boletín, se han considerado la información entregada por cada servicio que representa la vigilancia epidemiológica hasta el mes de agosto del 2016.

En relación a las Infecciones de Torrente Sanguíneo asociada a CVC en el servicio de UCI de neonatología, no se han reportado casos durante el mes de agosto del año 2016. Estuvieron sometidos a vigilancia epidemiológica 08 pacientes con 92 días de exposición. **Gráfico Nº 1-1.**

**Gráfico Nº 1-1:** Densidad de Incidencia de Infección al Torrente Sanguíneo Asociada a Catéter Venoso Central. UCI Neonatología. Agosto 2016

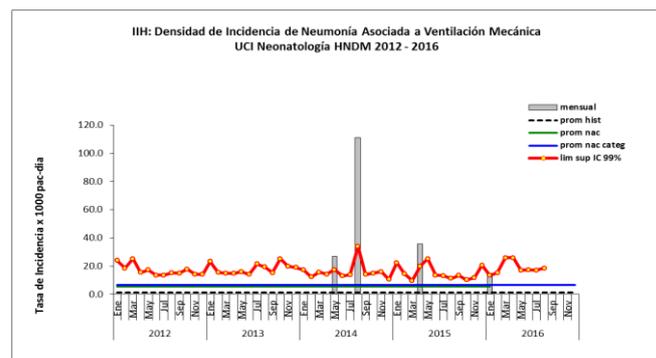


Fuente: Base de datos de VIIIH- HNDM

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.

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 agosto del 2016, sin embargo se vigilaron 04 pacientes sometidos a 33 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 por sí sola es una actividad que contribuye a la prevención. **Gráfico Nº 1-2.**

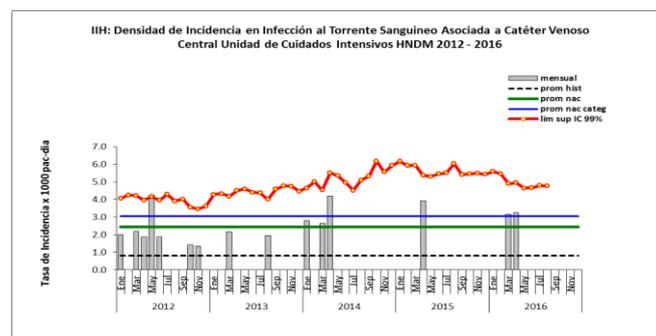
**Gráfico Nº 1-2:** Densidad de Incidencia de Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica. UCI Neonatología. HNDM. Agosto 2016



Fuente: Base de datos de VIIIH- HNDM

En relación a la Infección del Torrente Sanguíneo asociado a Catéter Venoso Central en la Unidad de Cuidados Intensivos no se presentaron casos durante el mes de agosto del 2016, se mantuvieron en vigilancia 44 pacientes con 336 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. **Gráfico Nº 1-3**

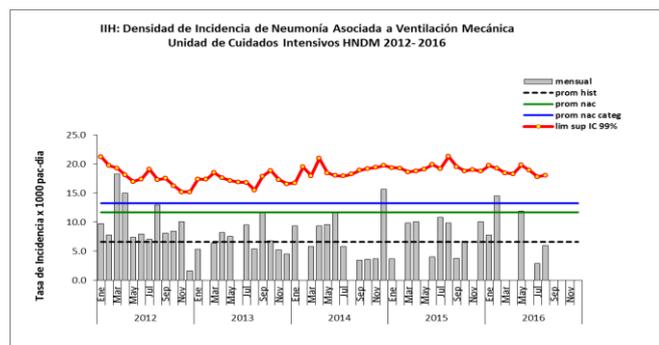
**Gráfico Nº 1-3:** Densidad de Incidencia de Infección al Torrente Sanguíneo Asociada a Catéter Venoso Central. UCI. HNDM. agosto 2016



Fuente: Base de datos de VIIIH- HNDM

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 agosto del 2016, se han registrado dos casos de Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica que representa una tasa de densidad de incidencia de 5.97 x 1000 días VM; pero se ha mantenido la Tasa por debajo del Promedio Nacional, Promedio Nacional por Categoría y Promedio Histórico, es importante resaltar que se mantuvieron durante el mes 31 pacientes sometidos a V.M., con 335 días de exposición. **Gráfico Nº 1-4**

**Gráfico Nº 1-4.: Densidad de Incidencia de Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica. UCI. HNNDM. Agosto 2016**

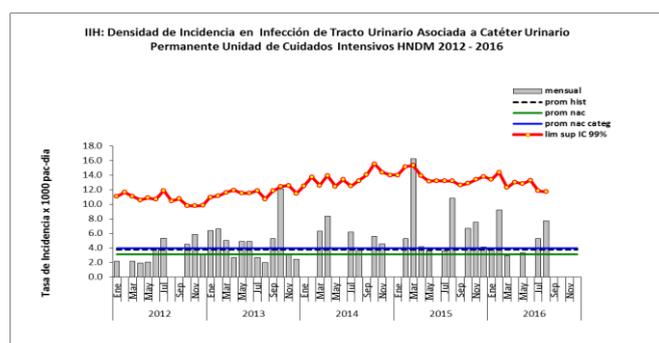


Fuente: Base de datos de VIIIH– HNNDM

En la Unidad de Cuidados Intensivos durante el mes de agosto del año 2016, se reportaron tres casos de Infección Urinaria Asociada a Catéter Urinario Permanente, que representa una tasa de densidad de incidencia de 7.71 x 1000 días/catéter, sobrepasando el Promedio Nacional, Promedio Histórico y Promedio Nacional por Categoría. En el mes se identificaron 42 pacientes vigilados con 389 días de exposición. **Gráfico Nº 1-5**

La Infección urinaria asociada a catéter urinario en la actualidad plantea un problema clínico, epidemiológico y terapéutico de máxima importancia, por lo que la prevención es tarea prioritaria. La aplicación de las listas de cotejo de la metodología Bundle para prevenir las infecciones urinarias asociadas a catéter urinario, se continúan desarrollando en este servicio

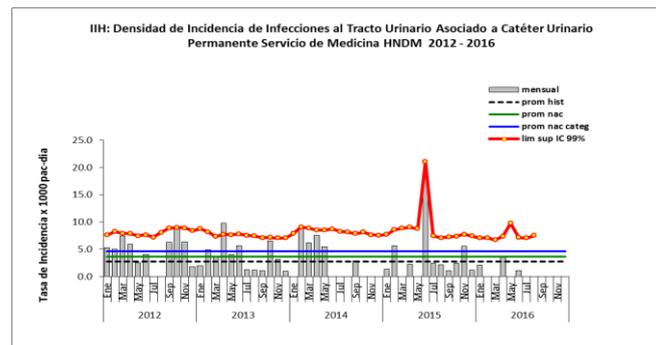
**Gráfico Nº 1-5.: Densidad de Incidencia de Infección de Tracto Urinario Asociado a Catéter Urinario Permanente. UCI. HNNDM. agosto 2016**



Fuente: Base de datos de VIIIH– HNNDM

Durante el mes de agosto del año 2016 en el Departamento de Medicina, no se han presentado casos de ITU asociada a CUP, se vigilaron 81 pacientes con 784 días de exposición. Se implementó la metodología Bundle, mediante la aplicación de las listas de cotejo a partir del mes de marzo del año en curso. **Gráfico Nº 1-6**

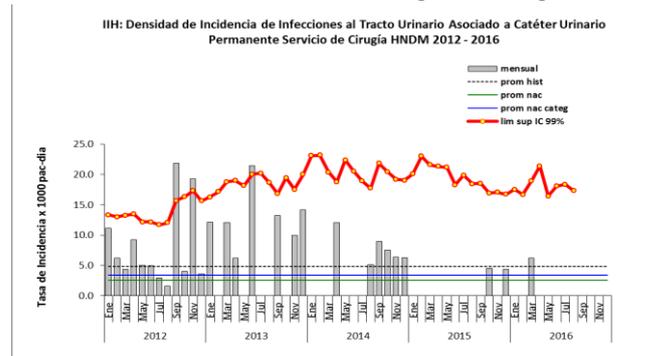
**Gráfico Nº 1-6.: Densidad de Incidencia de Infección de Tracto Urinario Asociado a Catéter Urinario Permanente. agosto. HNNDM. Julio 2016**



Fuente: Base de datos de VIIIH– HNNDM

En el Departamento de Cirugía durante el mes de agosto del año 2016 no se han reportado casos de ITU asociada a CUP. Se han vigilado 38 pacientes con 208 días de exposición. De todos modos se implementará la metodología Bundle, mediante la aplicación de las listas de cotejo como medida preventiva. **Gráfico Nº 1-7**

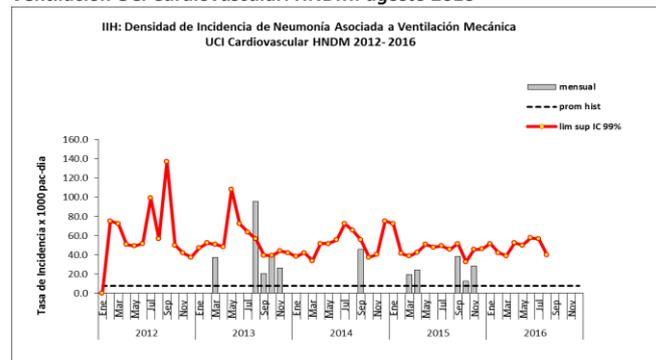
**Gráfico Nº 1-7.: Densidad de Incidencia de Infección de Tracto Urinario Asociado a Catéter Urinario Permanente. Cirugía. HNNDM. agosto 2016**



Fuente: Base de datos de VIIIH– HNNDM

La tendencia de las Neumonías Asociadas a Ventilación Mecánica en UCI Cardiovascular durante el año 2016 se ha mantenido dentro del Promedio Histórico del Hospital. Durante el mes de agosto del 2016, no se han registrado casos de Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica; se mantuvieron 08 pacientes sometidos a V.M., con 48 días de exposición. **Gráfico Nº 1-8**

**Gráfico Nº 1-8.: Densidad de Incidencia de Neumonía Asociada a Ventilación UCI Cardiovascular. HNNDM. agosto 2016**

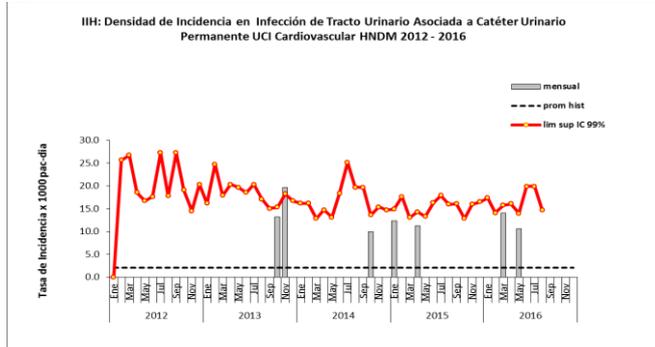


Fuente: Base de datos de VIIIH– HNNDM

Durante el mes de agosto del año 2016 en la Unidad de Cuidados Intensivos cardiovascular no se ha reportado Infección Urinaria Asociada a Catéter Urinario Permanente.

En el mes se identificaron 13 pacientes vigilados con 83 días de exposición. **Gráfico N° 1-9**

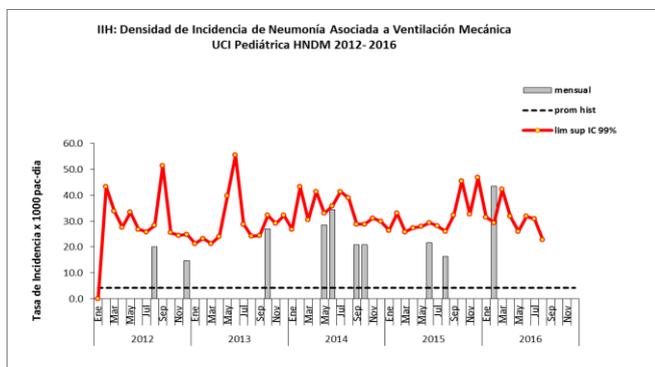
**Gráfico N° 1-9.: Densidad de Incidencia de Infección de Tracto Urinario Asociado a Catéter Urinario Permanente. UCI Cardiovascular. HNDM. agosto 2016**



Fuente: Base de datos de VIIIH- HNDM

No se han reportado casos de Neumonía Asociadas a Ventilación Mecánica en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica durante el mes de agosto del año 2016. En este mes se mantuvieron 07 pacientes sometidos a V.M. con 84 días de exposición. **Gráfico N° 1-10**

**Gráfico N° 1-10.: Densidad de Incidencia de Neumonía Asociada a Ventilación UCI Pediátrica. HNDM. Julio 2016**

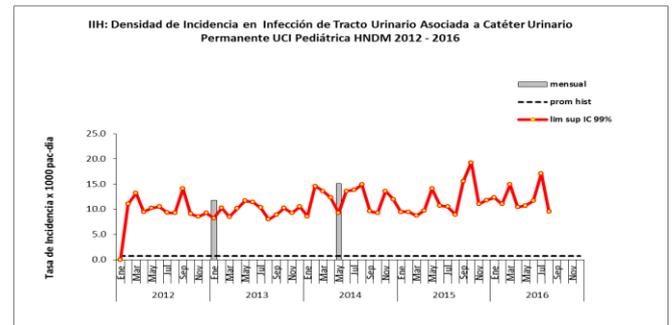


Fuente: Base de datos de VIIIH- HNDM

En la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica desde el año 2015 hasta agosto del año 2016 no se ha presentado Infección Urinaria Asociada a Catéter Urinario Permanente. En este mes se identificaron 06 pacientes vigilados con 62 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° 1-11**

**Gráfico N° 1-11.: Densidad de Incidencia de Infección de Tracto Urinario Asociado a Catéter Urinario Permanente. UCI Pediátrica. HNDM. agosto 2016**



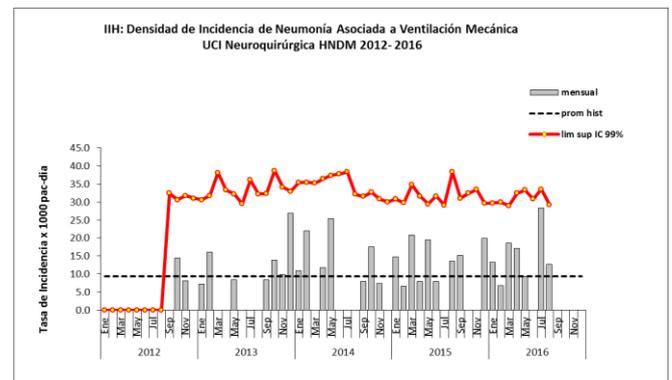
Fuente: Base de datos de VIIIH- HNDM

La tendencia de la Neumonías Asociadas a Ventilación Mecánica en UCI Neuroquirúrgica desde que se inició la vigilancia en 2012, en algunos meses ha sobrepasado el promedio histórico.

Durante el mes de agosto del 2016 se han registrado dos neumonías asociadas a ventilación mecánica, que representa una tasa de densidad de incidencia de 12.74 x 1000 días/V.M. sobrepasando ligeramente el Promedio Histórico.

En la unidad es necesario que se continúe aplicando la estrategia de prevención de NAV, mediante la metodología Bundle. Se vigilaron 17 pacientes sometidos a 157 días de exposición **Gráfico N° 1-12**

**Gráfico N° 1-12.: Densidad de Incidencia de Neumonía Asociada a Ventilación. UCI Neuroquirúrgica. HNDM. agosto 2016**

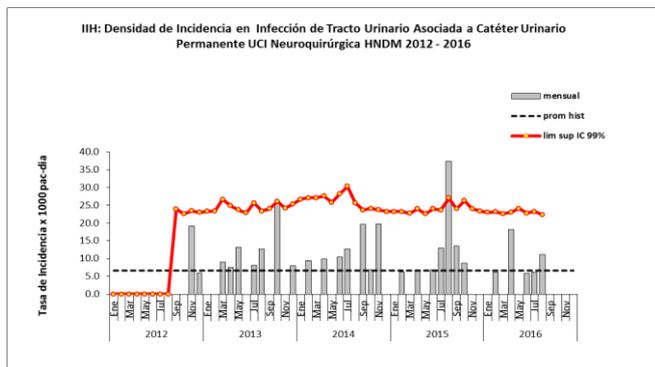


Fuente: Base de datos de VIIIH- HNDM

En la Unidad de Cuidados Intensivos Neuroquirúrgica durante el mes de agosto del año 2016, se reportaron dos casos de Infección Urinaria Asociada a Catéter Urinario Permanente, que representa una tasa de densidad de incidencia de 11.17 x 1000 días/catéter, sobrepasando ligeramente el Promedio Histórico. En el mes se identificaron 19 pacientes vigilados con 179 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 Nº 1-13**

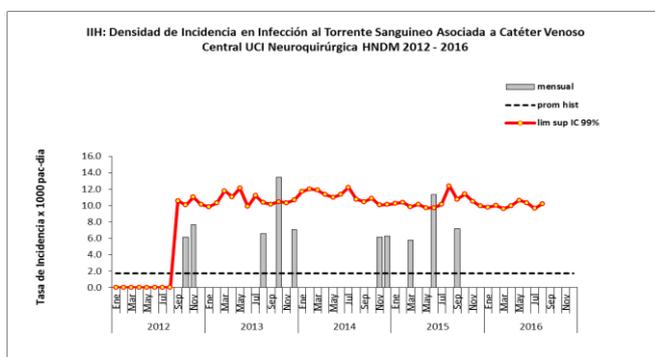
**Gráfico Nº 1-13.: Densidad de Incidencia de Infección de Tracto Urinario Asociado a Catéter Urinario Permanente. UCI Neuroquirúrgica. HNNDM. agosto 2016**



Fuente: Base de datos de VIIIH- HNNDM

Referente a las Infecciones de Torrente Sanguíneo en Unidad de Cuidados Intensivos Neuroquirúrgica, los casos presentados desde el año 2012 hasta el año 2015 sobrepasan el Promedio Histórico en algunos meses. Desde el mes de enero hasta agosto del año 2016, no hubo casos reportados. En el mes se identificaron 21 pacientes vigilados con 157 días de exposición. **Gráfico Nº 1-14**

**Gráfico Nº 1-14.: Densidad de Incidencia de Infección al torrente sanguíneo asociada a Catéter Venoso Central. UCI Neuroquirúrgica. HNNDM. agosto 2016**



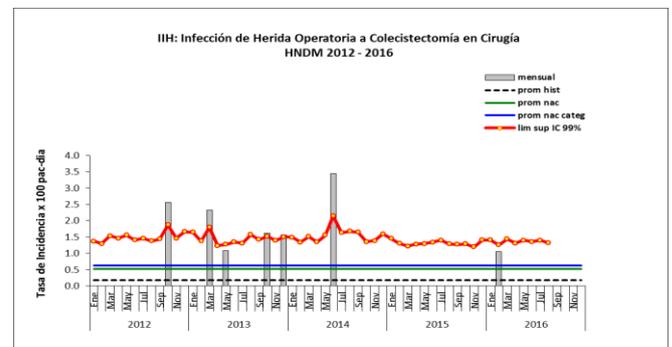
Fuente: Base de datos de VIIIH- HNNDM

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.

No hay casos reportados de Infección de Sitio quirúrgico asociado a Hernio plastia Inguinal desde el año 2012, inclusive hasta el mes de agosto del año 2016, se vigilaron 27 pacientes sometidos a hernioplastia.

Las Infecciones de Sitio Quirúrgico de Cirugías limpias está considerada como un excelente indicador de calidad por toda institución hospitalaria, por lo que constituyen una prioridad en la vigilancia de infecciones intrahospitalarias. En el presente gráfico observamos que durante el mes de agosto no se reportaron casos, se vigilaron 86 pacientes sometidos a Colectectomía. **Gráfico Nº 1-15.**

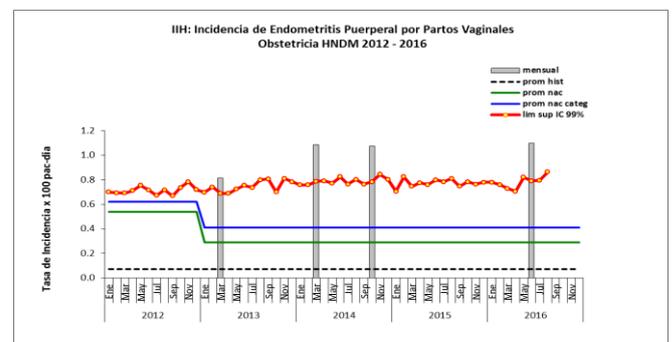
**Gráfico Nº 1-15.: Incidencia de Infección de Herida Operatoria a Colectectomía. Cirugía. HNNDM. Agosto 2016**



Fuente: Base de datos de VIIIH- HNNDM

Durante el mes de agosto 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 75. **Gráfico Nº 1-16.:**

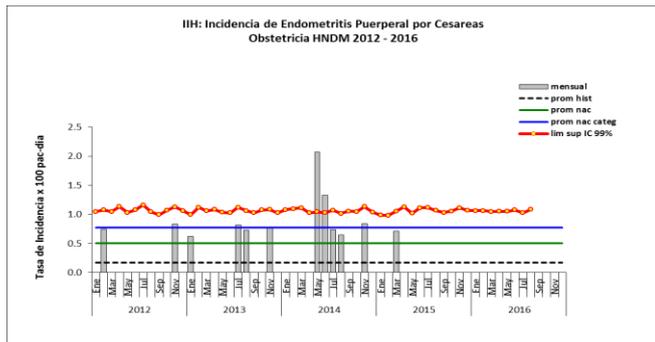
**Gráfico Nº 1-16.: Incidencia de Endometritis Puerperal por Partos Vaginales. Obstetricia. HNNDM. agosto 2016.**



Fuente: Base de datos de VIIIH- HNNDM

En el mes de agosto del 2016 no se han reportado casos de endometritis puerperal por cesárea. La presencia de endometritis puerperal por cesárea, está relacionada al número de tactos vaginales realizados antes de la cesárea, sin embargo en ésta juegan roles importantes también los antecedentes maternos que pudieran contribuir a la presencia de endometritis. Las Cesáreas realizadas fueron 132 durante el mes de agosto. **Gráfico Nº 1-17.:**

**Gráfico N° 1-17.: Incidencia de Endometritis Puerperal por Cesáreas. Obstetricia. HNNDM. agosto 2016.**



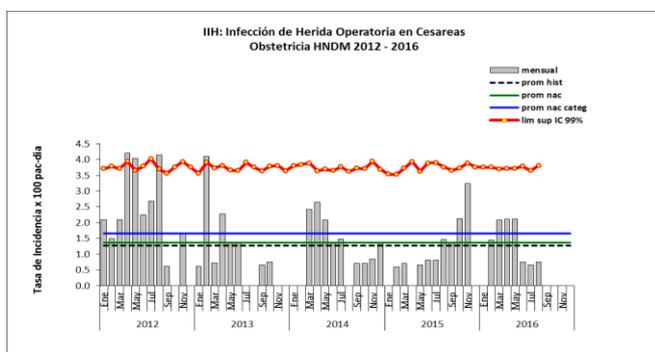
Fuente: Base de datos de VIIIH- HNNDM

En el Gráfico N° 0-18, podemos observar que durante el mes de agosto del 2016 se ha reportado un caso de Infección de Herida Operatoria en Cesárea, que representa una tasa de incidencia de 0.76 x 100 partos atendidos.

Las Cesáreas realizadas fueron 132 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° 1-18.: Incidencia de Infección de Herida Operatoria en Cesáreas. Obstetricia. HNNDM. agosto 2016.**



Fuente: Base de datos de VIIIH- HNNDM

## 2. DAÑOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA.

En el mes de agosto se registraron 12 casos de notificación obligatoria, de los cuales, 6 casos fueron probables, 4 casos se descartaron y 2 se confirmaron, representando éste último el 17% del total de notificaciones. Asimismo, en referencia a las patologías encontradas figuran la Influenza (1) y la Tos Ferina (1) como el 100% de los casos confirmados. *Tabla N°2-1.*

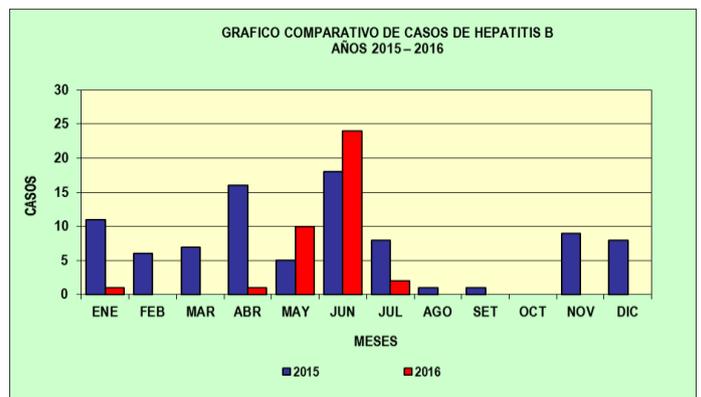
**Tabla N°2-1. Casos de notificación obligatoria según tipo de diagnóstico. Agosto 2016**

DAÑO	TIPO DE DIAGNÓSTICO							
	CONFIRMADO		DESCARTADO		PROBABLE		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Influenza	1	50%	1	25%	3	50%	5	42%
Tos ferina	1	50%	1	25%	0	0%	2	17%
Leptospirosis	0	0%	1	25%	1	17%	2	17%
Fiebre amarilla selvática	0	0%	0	0%	1	17%	1	8%
Efecto tóxico de metales	0	0%	0	0%	1	17%	1	8%
Dengue Con Señales De Alarma	0	0%	1	25%	0	0%	1	8%
<b>Total general</b>	<b>2</b>	<b>100%</b>	<b>4</b>	<b>100%</b>	<b>6</b>	<b>100%</b>	<b>12</b>	<b>100%</b>

Fuente: Base de datos del VEA-HNNDM

El Gráfico N°2-1 muestra la frecuencia de los casos de Hepatitis B en el curso de los años 2015 y 2016. Como se observa, en agosto-2016 no se reportaron casos de Hepatitis B, a diferencia del mes de julio 2016 donde el reporte fue inferior al del año 2015.

**Gráfico N°2-1. Comparativo de casos de Hepatitis B. 2015-2016**



Fuente: Base de datos del VEA-HNNDM

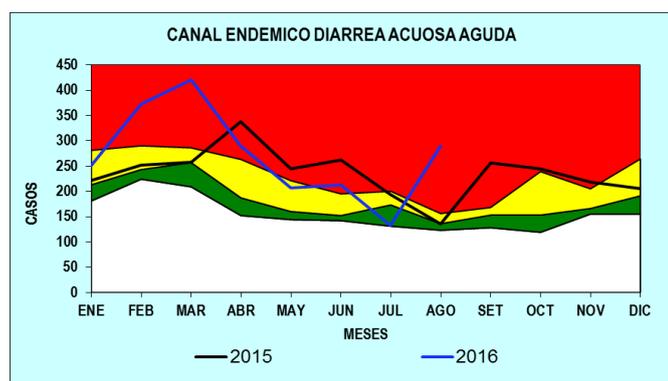
Con respecto a los casos de Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) reportados en nuestra institución en el mes de agosto 2016, como se muestra en la Tabla N°2-2, de los 290 casos, el mayor porcentaje de notificaciones corresponde al grupo etario de 1-4 años (132 casos) con 46%. Asimismo, en relación al año 2015, la casuística ha aumentado, de ésta manera ubicándonos en la zona de epidemia como se muestra en el Gráfico N°2-2.

Tabla N°2-2. Comparativo total de casos EDAS por grupo etario. 2015-2016

Mes	< 1 año		1-4 años		5 años a +	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016
Enero	36	19	89	83	97	148
Febrero	62	57	99	116	91	199
Marzo	43	73	88	129	126	218
Abril	69	51	110	106	158	133
Mayo	55	42	70	85	120	80
Junio	48	34	94	95	120	84
Julio	41	20	75	50	77	62
Agosto	30	39	46	132	60	119

Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

Gráfico N°2-2. Canal endémico Diarrea Acuosa Aguda. 2015-2016



Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

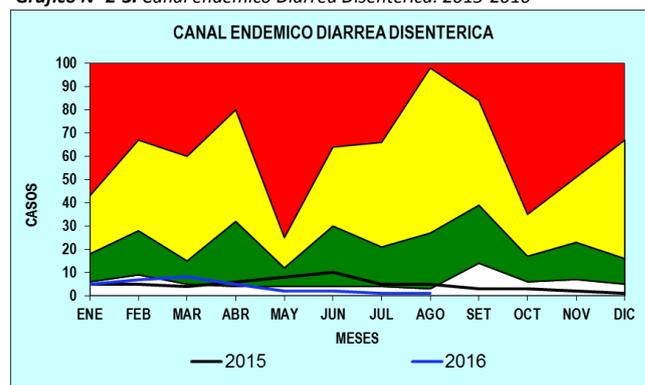
Asimismo, en relación a la Enfermedad Diarreica Aguda Disentérica, en el mes de agosto 2016 se notificó 01 caso en el grupo de 5 años a más, proveniente de Lima, similar a lo reportado en el mes de julio 2016 e inferior al año 2015 como se muestra en la Tabla N°2-3. Asimismo, en el canal endémico como se muestra en el Gráfico N° 2-3, continuamos ubicados en la zona segura.

Tabla N°2-3. Comparativo total casos Diarreas Disentéricas por grupo etario. 2015-2016

Mes	< 1 año		1-4 años		5 años a +	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016
Enero	1	2	2	2	2	1
Febrero	1	-	4	2	-	5
Marzo	-	1	3	5	1	2
Abril	-	1	4	3	2	1
Mayo	-	-	-	2	-	-
Junio	5	1	3	-	2	1
Julio	1	-	1	-	3	1
Agosto	-	-	1	-	4	1

Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

Gráfico N° 2-3. Canal endémico Diarrea Disentérica. 2015-2016



Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

En el caso de las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), durante el mes de agosto se notificaron 512 casos, de los cuales el 31% corresponde al grupo etario de 2-11 meses, se reportaron 376 casos más que en agosto 2015, y 135 más que en julio 2016 como se muestra en la Tabla N°2-4.

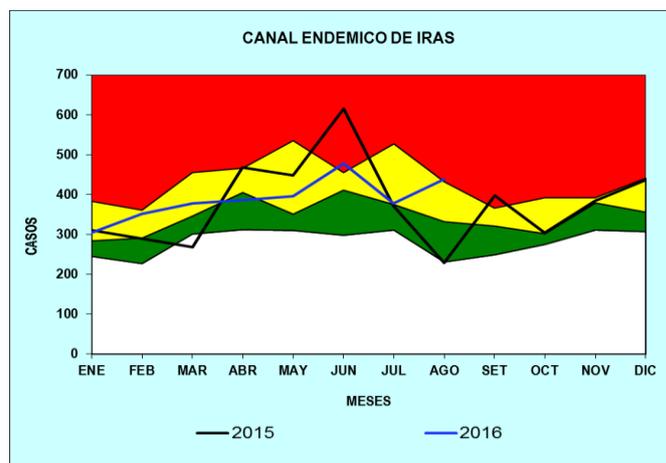
Tabla N°2-4. Comparativo total casos IRAS por grupo etario. 2015-2016

Mes	< 2 meses		2-11 meses		1-4 años	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016
Enero	16	6	114	115	181	183
Febrero	6	7	118	95	165	250
Marzo	9	13	97	106	163	258
Abril	9	11	162	104	297	271
Mayo	13	12	151	121	284	263
Junio	27	17	207	177	381	284
Julio	16	19	153	136	203	222
Agosto	11	82	9	160	136	270

Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

En el Gráfico N°2-4, podemos observar que la casuística ha aumentado con respecto al mes de julio 2016, ubicándonos en la zona epidémica.

Gráfico N°2-4. Canal endémico de IRAS. 2015-2016



Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

En la Tabla N°2-5 se reportaron 75 casos por SOB/Asma, el mayor porcentaje se ubica en el grupo etario <2 años 52%,

por otro lado se observa disminución en la cantidad de casos con respecto al mes de julio 2016.

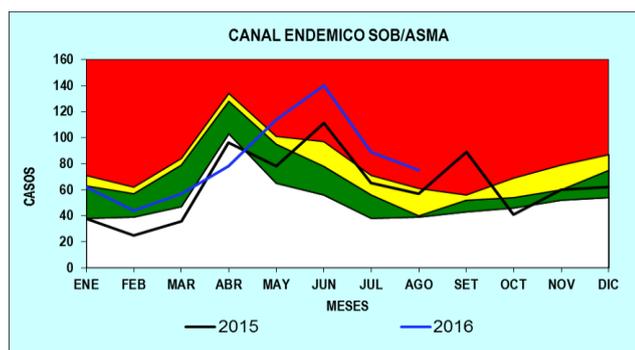
**Tabla N°2-5. Comparativo total casos SOB/Asma por grupo etario. 2015-2016**

Mes	< 2 años		2-4 años	
	2015	2016	2015	2016
Enero	21	29	17	33
Febrero	15	24	10	20
Marzo	21	24	15	33
Abril	58	42	38	36
Mayo	50	80	28	34
Junio	80	80	31	60
Julio	45	52	20	37
Agosto	29	39	28	36

Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

En el Gráfico N°2-5 muestra el canal endémico en donde se observa una disminución del número de casos de SOB/Asma que fueron reportados en el mes de julio 2016, permaneciendo aún dentro de la zona de epidemia al igual que el mes pasado.

**Gráfico N°2-5. Canal endémico SOB/Asma. 2015-2016**



Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

Respecto a los pacientes hospitalizados por neumonía, el grupo etario que presentó más casos en agosto 2016 fue el de 60 años a más (12 casos) seguido del grupo de pacientes de 5-9 años (8) como se muestra en la Tabla N°2-6.

**Tabla N°2-6. Comparativo total casos hospitalizados neumonías por grupo etario. 2015-2016**

Mes	< 2 meses		2-11 meses		1-4 años		5-9 años		10-19 años		20-59 años		60 años a más	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016
Enero	-	-	8	6	6	12	2	4	1	-	2	1	4	4
Febrero	-	1	3	3	11	8	-	1	-	-	5	2	8	4
Marzo	-	2	6	5	14	9	4	2	-	1	2	6	8	5
Abril	1	1	8	5	11	11	1	4	1	4	-	1	8	1
Mayo	3	1	11	7	5	20	3	3	1	1	2	5	8	8
Junio	7	2	9	7	11	10	3	3	2	2	7	1	12	9
Julio	3	2	9	5	5	7	1	2	-	-	6	9	8	8
Agosto	-	1	8	3	10	7	2	8	1	3	2	4	10	12

Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

En relación a Neumonías Graves en menores de 4 años, se evidencia que en agosto 2016 se reportaron 11 pacientes

por este diagnóstico, representando el mayor número de casos en el grupo etario de 1-4 años (64%), siendo menor a los reportados en el mes de julio 2016 como se muestra en Tabla N°2-7

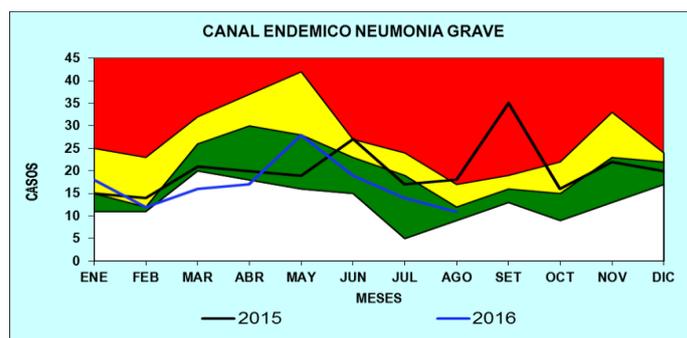
**Tabla N°2-7. Comparativo total casos neumonías graves por grupo etario. 2015-2016**

Mes	< 2 meses		2-11 meses		1-4 años	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016
Enero	-	-	9	6	6	12
Febrero	-	1	3	3	11	8
Marzo	-	2	7	5	14	9
Abril	1	1	8	5	11	11
Mayo	3	1	11	7	5	20
Junio	7	2	9	7	11	10
Julio	3	2	9	5	5	7
Agosto	-	1	8	3	10	7

Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

En el Gráfico N°2-6 muestra que los casos de neumonía grave reportados en agosto 2016 son menores al mes pasado y del año 2015, ubicándose en la zona de seguridad.

**Gráfico N° 2-6. Canal endémico neumonía grave. 2015-2016**



Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

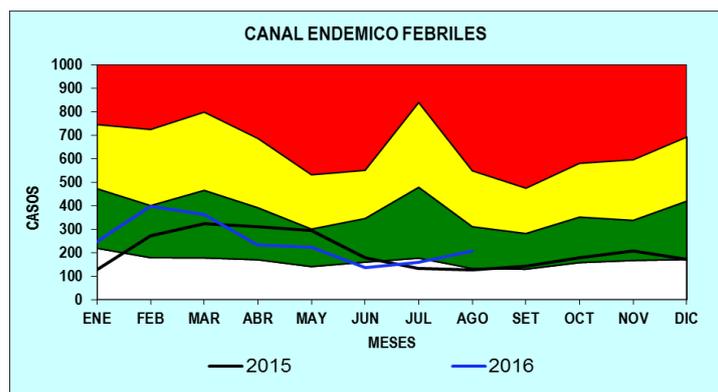
Durante el mes de agosto 2016, se reportó 208 casos febriles, en la Tabla N°2-8 se puede observar que el mayor porcentaje de casos corresponde al grupo etario de 1-4 años con 45%, habiendo un aumento en la casuística con respecto al mes de julio 2016 y al año 2015. Asimismo, en el Gráfico N° 2-7 se observa que dicha cifra nos ubica en la zona de seguridad, a diferencia del mes de julio 2015 en donde estábamos en la zona de éxito.

Tabla N°2-8. Comparativo total casos Febriles por grupo etario. 2015-2016

Mes	< 1 año		1-4 años		5-9 años		10-19 años		20-59 años		60 años a +	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016
Enero	25	45	62	101	20	49	8	26	11	17	-	8
Febrero	85	71	109	192	48	68	12	35	12	28	6	3
Marzo	63	74	144	164	54	70	31	31	26	17	6	7
Abril	65	44	142	104	47	49	25	22	23	12	9	2
Mayo	63	41	155	109	49	37	13	18	13	17	2	3
Junio	40	25	84	76	27	22	17	6	11	5	-	1
Julio	28	23	53	84	17	28	15	11	15	10	6	4
Agosto	30	34	53	93	17	46	9	15	15	14	3	6

Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

Gráfico N°2-7. Canal endémico Febriles. 2015-2016

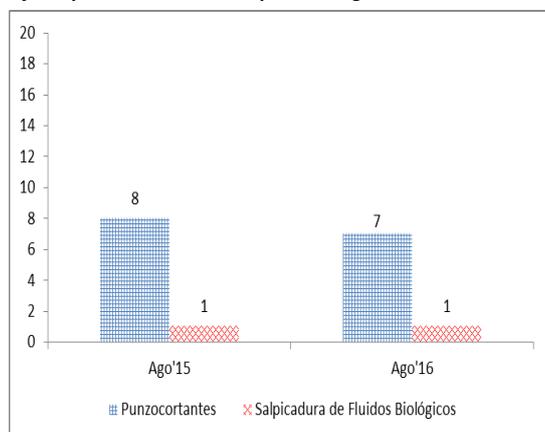


Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

### 3. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE ACCIDENTES OCUPACIONALES.

En Agosto del 2016, se notificaron 08 casos de Accidentes Laborales por exposición a Fluidos biológicos, de los cuales 07 casos fueron ocasionados por exposición a objetos Punzocortantes (88%) y 01 caso fueron originados por exposición a Fluidos Biológicos – Salpicaduras (13%). Asimismo, en comparación con agosto 2015, hay disminución en los casos ocasionados por objeto punzocortante.

Gráfico N°3-1. Accidentes laborales por exposición a fluidos biológicos y/o objetos punzocortantes. Comparativo agosto 2015-2016.



Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

En la Tabla N° 3-1 se observa que durante Agosto del presente año se observa que el Grupo Ocupacional en etapa de entrenamiento son los que presentan la mayor ocurrencia de los Accidentes Laborales los cuales han sido por Exposición a Fluidos Biológicos y/o Objetos Punzocortantes (63%), siendo los Internos de Medicina y Médicos residentes los que han presentado el mayor número de casos (25%) respectivamente, dando un acumulado de 90 casos en lo que va del año.

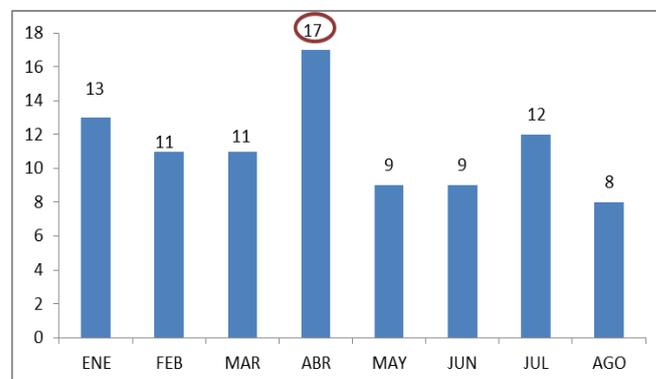
Tabla N°3-1. Accidentes laborales por exposición a fluidos corporales y/o objetos punzocortantes según grupo ocupacional agosto 2016

Grupo Ocupacional	Salpicadura		Punzocortantes		TOTAL MES		N° ACUM. A AGO	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Interno Medicina	0	0	2	29	2	25	22	24
Médico Residente	0	0	2	29	2	25	16	18
Enfermera	0	0	1	14	1	13	11	12
Personal Limpieza	0	0	1	14	1	13	10	11
Interno de Enfermería	0	0	0	0	0	0	8	9
Técnico de Enfermería	0	0	1	14	1	13	8	9
Estudiante de enfermería	0	0	0	0	0	0	4	4
Técnico de Laboratorio	0	0	0	0	0	0	4	4
Estudiante de medicina	1	100	0	0	1	13	4	4
Médico Asistente	0	0	0	0	0	0	3	3
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>100</b>	<b>7</b>	<b>100</b>	<b>8</b>	<b>100</b>	<b>90</b>	<b>100</b>

Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

En el Gráfico N° 3-2 se aprecia que en la Tendencia por meses, se aprecia que en Abril del presente año, se presentaron el mayor número de casos de Accidentes Laborales (17 casos); habiéndose reportado hasta Agosto un total de 90 Accidentes Laborales por exposición a Fluidos Biológicos y/o exposición a Objetos punzocortantes, siendo el mes con menor casos reportados.

Gráfico N°3-2. Tendencia mensual de los accidentes laborales por exposición a fluidos biológicos y/o objetos punzocortantes. Julio 2016



Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

En la Tabla 3-2, se observa que el servicio más expuesto donde ocurrieron los Accidentes Laborales ha sido

Emergencia adultos (50%), se sigue manteniendo dentro del reporte el Servicio de Cirugía I-4, al igual que el mes pasado; asimismo, el acumulado hasta el presente mes se muestra en 21 casos con respecto al servicio de Emergencia Adultos.

**Tabla N°3-2.**

**Tabla N°3-2. Accidentes laborales por exposición a fluidos corporales y/o objetos punzocortantes según servicio de ocurrencia. Agosto 2016**

Servicio donde labora el trabajador	Salpicadura		Punzocortantes		Total Mes		N° ACUM. A AGO	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Emergencia Adultos	0	0	4	57	4	50	21	23
San Pedro	0	0	0	0	0	0	7	8
Cirugía I-4	0	0	1	14	1	13	6	7
El Carmen	0	0	0	0	0	0	5	6
Julián Arce	0	0	1	14	1	13	5	6
Cirugía H-4	0	0	0	0	0	0	4	4
Santa Rosa II	1	100	0	0	1	13	4	4
Patología Clínica y Anatomía Patológica	0	0	0	0	0	0	4	4
Consultorios Externos	0	0	1	14	1	13	4	4
San Antonio II	0	0	0	0	0	0	3	3
Santo Toribio	0	0	0	0	0	0	3	3
SOP Central	0	0	0	0	0	0	3	3
Neonatología I-2	0	0	0	0	0	0	3	3
Obstetricia H-2	0	0	0	0	0	0	3	3
Santa Ana	0	0	0	0	0	0	2	2
Cirugía H-3	0	0	0	0	0	0	2	2
UCI General	0	0	0	0	0	0	2	2
Centro Obstétrico	0	0	0	0	0	0	1	1
Pediatría	0	0	0	0	0	0	1	1
Cirugía Pediátrica	0	0	0	0	0	0	1	1
UCI Intermedios	0	0	0	0	0	0	1	1
Diagnóstico por imágenes	0	0	0	0	0	0	1	1
Emergencia Pediátrica	0	0	0	0	0	0	1	1
Urología I-1	0	0	0	0	0	0	1	1
Otros	0	0	0	0	0	0	2	2
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>100</b>	<b>7</b>	<b>100</b>	<b>8</b>	<b>100</b>	<b>90</b>	<b>100</b>

Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

Por otro lado, es importante para el análisis son las circunstancias en las que se desarrolla el accidente por exposición a Fluidos Biológicos y/o exposición a objetos punzocortantes; es así que, en la Tabla N° 3-3 apreciamos que hasta en un 50% de casos estuvo relacionada al inadecuado re encapsulado de aguja usada (50%), seguido del procedimiento de Toma de muestra de Gases arteriales AGA (25%)

**Tabla N°3-3. Circunstancias asociadas a los accidentes laborales por exposición a objetos punzocortantes. Agosto 2016**

Circunstancias asociadas a los accidentes	Salpicadura		Punzocortantes		Total Mes		N° ACUM. A AGO	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Durante segregación de residuos hospitalarios	0	0	1	14	1	13	13	14
Al reencapsular una aguja usada	0	0	4	57	4	50	13	14
Durante un procedimiento (adm. Ito., inserción cxp. cvc, etc.)	1	100	0	0	1	13	12	13
Durante procedimiento de toma de muestra de AGA	0	0	2	29	2	25	10	11
Durante procedimiento Quirúrgico	0	0	0	0	0	0	8	9
Durante la segregación de objetos punzocortantes	0	0	0	0	0	0	7	8
Después de uso de material, antes de descartarlo	0	0	0	0	0	0	7	8
Durante procedimiento de sutura	0	0	0	0	0	0	6	7
Material fue dejado en lugar inadecuado	0	0	0	0	0	0	4	4
Durante procedimiento de toma de muestra de Hemoglucotex	0	0	0	0	0	0	3	3
Al finalizar el procedimiento (recojo de material, catéter EV, IM, SC, CVC, Epidural, etc.)	0	0	0	0	0	0	1	1
Durante lavado de instrumento	0	0	0	0	0	0	1	1
Otros	0	0	0	0	0	0	5	6
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>100</b>	<b>7</b>	<b>100</b>	<b>8</b>	<b>100</b>	<b>90</b>	<b>100</b>

Fuente: Base de datos del 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 75% de los trabajadores de salud expuestos cuenta con las dosis completas de vacuna de Hepatitis B y el 26% de los trabajadores expuestos no cuenta con las dosis completas de vacuna de hepatitis B. **Tabla N°3-4**

**Tabla N°3-4. Estado de vacuna asociado a los accidentes laborales por exposición a objetos punzocortantes. Agosto 2016**

Estado de vacunación para VHB en el trabajador	Salpicadura		Punzocortantes		Total Mes		N° ACUM. A AGO	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
No	0	0	0	0	0	0	2	2
Una dosis	0	0	1	14	1	13	4	4
Dos dosis	1	100	0	0	1	13	13	14
Tres dosis	0	0	6	86	6	75	71	79
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>100</b>	<b>7</b>	<b>100</b>	<b>8</b>	<b>100</b>	<b>90</b>	<b>100</b>

Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

En la Tabla N° 3-5 se observa que el 100% de los Accidentes laborales por exposición a objetos punzocortantes fueron ocasionados por aguja hueca.

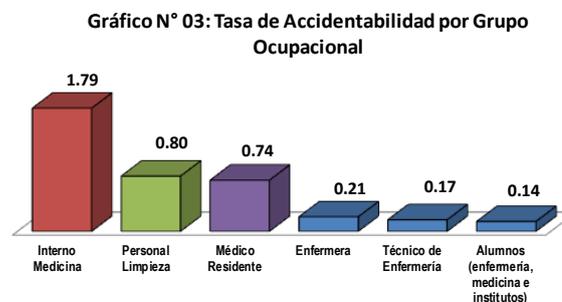
**Tabla N°3-5. Tipo de dispositivo asociado a accidentes laborales por exposición a objetos punzocortantes. Agosto 2016**

Tipo de dispositivo que ocasionó el accidente laboral	Punzocortantes		N° ACUM. A AGO	
	N°	%	N°	%
Aguja hueca	7	100	69	86
Quirúrgico	0	0	9	11
Vidrio	0	0	1	1
Otros	0	0	1	1
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>100</b>	<b>80</b>	<b>100</b>

Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

Se observa que la Tasa de Accidentabilidad por accidentes de trabajo más alta se ha presentado en el Grupo Ocupacional de los Internos de Medicina (1.79%), seguido del Personal de Limpieza (0.80%). **Gráfico N°3-3.**

**Gráfico N°3-3. Tasa de accesibilidad por Grupo Ocupacional. Agosto 2016**



Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

#### 4. 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 2016, se ha notificado 01 caso de Mortalidad Perinatal, siendo Muerte Fetal (100%).

Hasta Agosto del presente año se muestra en la Tabla N° 4-1 (Aplicativo Analítico BABIES), se han presentado 26 casos de Mortalidad Perinatal, de los cuales 15 Muertes son Fetales y 11 Muertes son Neonatales

**Tabla N°4-1. Muertes fetales y neonatales según peso al nacer y tipo de parto, y momento de muerte, hasta agosto 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 grs.	5	1	6	0	6	2	3	2	0	3	5
1000 - 1499 grs.	3	1	4	0	4	0	3	1	2	0	3
1500 - 1999 grs.	3	0	3	0	3	1	1	0	2	0	2
2000 - 2499 grs.	1	1	2	0	2	1	0	0	0	1	1
2500 - 2999 grs.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3000 - 3.499 grs.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3500 - 3999 grs.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4000 - 4499 grs.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
>=4500 grs.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>12</b>	<b>3</b>	<b>15</b>	<b>0</b>	<b>15</b>	<b>4</b>	<b>7</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>11</b>

Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

Asimismo, durante el mes de agosto el patrón epidemiológico de la Muertes Neonatales fue con edades gestacionales de 24 a 37 semanas de gestación, con pesos de 500 – 2.499 gramos, con CPN insuficientes, nacidos de parto por cesárea; siendo la causa básica de Mortalidad Neonatal por Prematuridad Extrema, seguido de Enfermedad de membrana Hialina.

De la misma manera, en lo que va del año, se han presentado 15 casos de Mortalidad Fetal, con edades gestacionales de 21 a 35 semanas, pesos de 500 – 2.4999 gramos; siendo la causa básica de Muerte fetal desconocida en la mayoría de ellos, con CPN insuficiente, nacidos en su mayoría de parto vaginal (12 casos) y 03 de ellos por cesárea.

En el presente mes de Agosto solo se presentó un caso de natimuerto, con edad gestacional de 22 semanas, peso 590 gramos, sin control prenatal, nacido por cesárea, siendo la causa básica de malformación congénita múltiple. **Tabla N°4-2**

**Tabla N°4-2. Muerte Fetal según codificación CIE 10 y peso al Nacimiento, hasta agosto 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	4	3	2	1	0	0	10
MALFORMACION CONGENITA	Q89.9	2	0	0	0	0	0	2
ANENCEFALIA	Q01.0	0	0	0	1	0	0	1
DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA	P02.1	0	0	1	0	0	0	1
FETO Y RECIEN NACIDO AFECTADOS POR CORDON	P02.7	0	1	0	0	0	0	1
<b>TOTAL GENERAL</b>		<b>6</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>15</b>

Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

La causa más frecuente de Mortalidad Neonatal, hasta la fecha es por Inmadurez extrema (36%), seguido de Enfermedad de membrana hialina (18%). **Tabla N°4-3. Tabla**

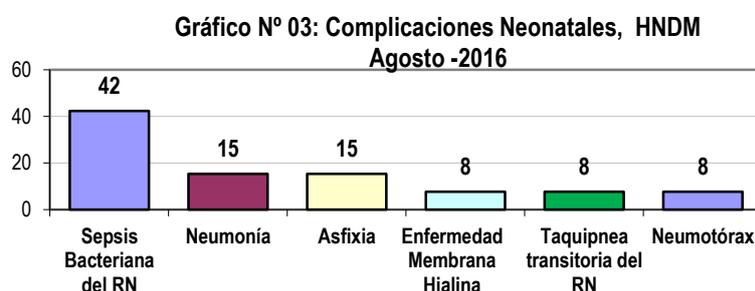
**N°4-3 Muerte Neonatal según codificación CIE – 10 y peso al Nacimiento, Hasta agosto – 2016**

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.	
INMADUREZ EXTREMA	P07.2	4	0	0	0	0	0	4
ENFERMEDAD MEMBRANA HIALINA	P22.0	0	2	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
ATRESIA DEL ESOFAGO CON FISTULA TRAQUEOESOF	Q39.1	0	0	0	1	0	0	1
AGENESIA RENAL	Q60.2	1	0	0	0	0	0	1
MIELOMENINGOCELE -SD. DOWN	Q89.7	0	0	1	0	0	0	1
<b>TOTAL GENERAL</b>		<b>5</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>11</b>

Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

Durante Agosto del presente año se atendieron 26 recién nacidos complicados; no se presentaron casos de Mortalidad Neonatal. Las complicaciones más frecuentes siguen siendo la Sepsis Neonatal con 11 casos (42%), seguido de casos de Neumonía y/o Asfixia con el (15%) respectivamente. **Gráfico N°4-1.**

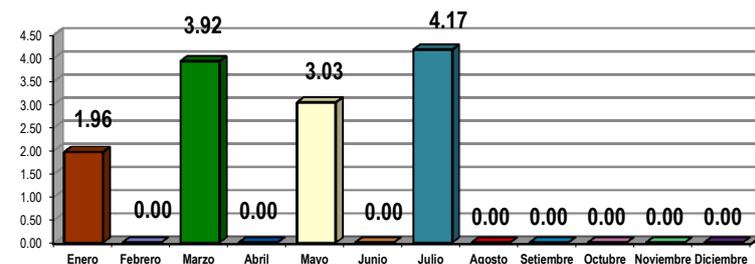
**Gráfico N°4-1. Complicaciones neonatales en el HNDM. Hasta agosto 2016**



Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

Respecto a la Letalidad, en Agosto del presente año no se han presentado casos de Mortalidad Neonatal, En el mes de Julio la tasa de letalidad fue de 4.17%. **Gráfico N°4-2.**

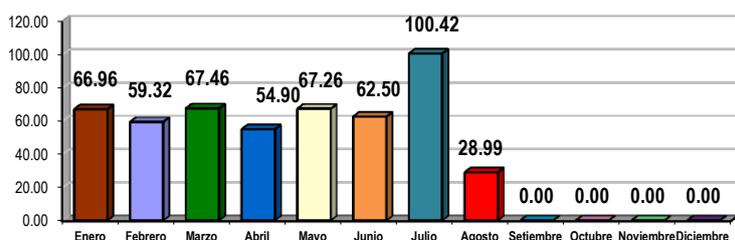
**Gráfico N°4-2. Tasa de letalidad de complicaciones neonatales. Hasta agosto 2016**



Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

Además se observa que la Tasa de incidencia de bajo peso al nacer es de 28.99 x 1000 recién nacidos vivos, se aprecia que la tasa de incidencia más alta fue en Julio del presente año con el 100.42%. **Gráfico N°4-3.**

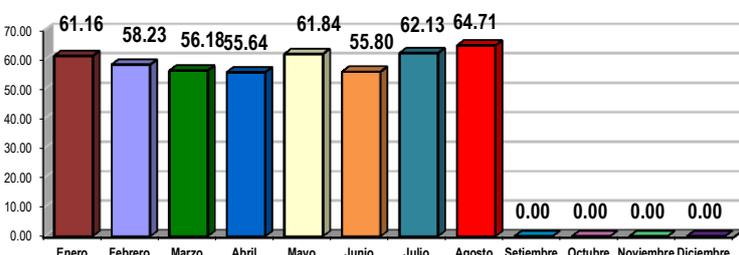
Gráfico N°4-3. Tasa de incidencia de bajo peso al nacer. Hasta agosto 2016



Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

La proporción de partos complicados sigue siendo alta (81.37%), dado que el HNDM es un Establecimiento de referencia nacional. En Agosto la tasa de cesárea general fue de 64.71 %. Gráfico N°4-4.

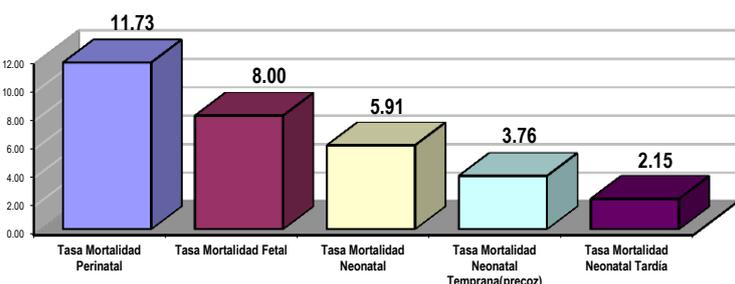
Gráfico N°4-4. Tasa de cesárea general. Hasta agosto 2016



Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

La tasa de cesárea en RN de bajo peso al nacer fue de 4.90 %, 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 10.29 % y la tasa de cesárea con RN macrosómico es de 6.86%. Gráfico N°4-5.

Gráfico N°4-5. Tasa de mortalidad fetal y neonatal acumuladas. Hasta 2016



Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

En relación a Tasas de Mortalidad se puede apreciar hasta Agosto del presente año, que la Tasa de Mortalidad Perinatal es de 11.73 x 1000 nacimientos, la tasa de Mortalidad Neonatal fue de 5.91 x 1000 RN Vivos, la tasa de mortalidad neonatal temprana y/o Precoz es de 3.76 x 1000 RN Vivos, la Tasa de Mortalidad Neonatal tardía es de 2.15 x 1000 RN Vivos; la Tasa de Mortalidad Fetal es de 8.00 x 1000 nacimientos.

Por lo tanto, se debe reactivar las actividades y/o funciones del Comité de Mortalidad Perinatal de nuestra institución a fin de implementar procesos de mejora Materno Perinatal, así como implementar la Vigilancia Centinela con el análisis oportuno de los casos a través del Comité; siendo una prioridad en el fortalecimiento de las intervenciones preventivas para reducir la mortalidad neonatal, actuando sobre las muertes neonatales evitables en recién nacidos de término, con buen peso y sin malformaciones congénitas letales.

## 5. EVALUACIÓN POR DEPARTAMENTOS DEL MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS HOSPITALARIOS.

En la evaluación del manejo de residuos sólidos por departamento, en el mes de agosto del 2016, los departamentos de Pediatría, Odontología, Enfermería, y Patología Clínica, obtuvieron, al igual que el mes de julio, un puntaje al 100% de "Bueno" (tabla N°5-1); asimismo, los departamentos de Diagnóstico por Imágenes, Anestesiología, Farmacia, Banco de Sangre y Emergencia obtuvieron un puntaje de "Regular" al 100%

Tabla N°5-1. Evaluación por departamentos del manejo de residuos sólidos hospitalarios. Agosto 2016.

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

Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

# ACTUALIDAD EN EPIDEMIOLOGÍA

## 22 DE SEPTIEMBRE: DÍA DE LA EPIDEMIOLOGÍA PERUANA

"LA EPIDEMIOLOGÍA HA SALVADO MÁS VIDAS QUE TODAS LAS TERAPÉUTICAS"

### I. Antecedentes

Partamos conociendo cuál es el ámbito de la epidemiología, pues, su significado deriva del griego Epi (sobre) Demos (Pueblo) Logos (ciencia), y técnicamente se la relaciona "al estudio de la distribución y determinantes de las enfermedades en poblaciones humanas", de tal manera que más allá de ser una rama de la salud pública que estudia el comportamiento de las enfermedades en la población y todo aquello que afecte o represente un riesgo para la salud de las personas (14), es una disciplina científica.

Éste estudio no sólo se basa en los aspectos biológicos y su ambiente, sino que también comprende aspectos políticos, sociales, económicos y culturales.

Históricamente fue definida como el "estudio de las epidemias" es decir, de las "enfermedades que afectan transitoriamente a muchas personas en un sitio determinado".

### II- ¿Cómo transcurrió en el tiempo?

En las últimas décadas, los métodos de la epidemiología se han desarrollado y perfeccionado en diferentes campos desde las enfermedades infecciosas hasta los trastornos degenerativos crónicos, considerados los principales causantes de incapacidad y muerte en las sociedades industrializadas.

Se ha enfrentado con herramientas epidemiológicas muchas enfermedades en el país. Los antecedentes de la epidemiología en el Perú se pueden contar desde la Cultura Moche, quienes representaban en sus huacos retrato, las enfermedades comunes de la época y su tratamiento; la participación de los epidemiólogos en emergencias sanitarias, como las epidemias del cólera, dengue, malaria, peste en el siglo XX, fiebre amarilla entre 1736 y 1740, rabia transmitida por mordeduras de murciélagos, la influenza pandémica A H1N1, entre otros eventos, han permitido un manejo adecuado en el control y prevención de éstas y otras emergencias. Asimismo, han contribuido en la erradicación de la viruela en el año 1967, y en 1991 la poliomielitis, a la eliminación del sarampión, rubéola y el síndrome de rubeola congénita.

Históricamente, un hito importante en la evolución del conocimiento epidemiológico es la identificación de la efectividad probada, para prevenir la transmisión de los microorganismos, del lavado de manos, que se ha transformado en la medida más eficaz para la reducción de las infecciones asociadas al cuidado de la salud.

### III- Epidemiología en el Perú

En nuestro país, desde la década del 40, la epidemiología ha formado parte de los diferentes programas y estrategias de control de enfermedades, y a partir de los años 60 se establece como un área independiente en el nivel central del Ministerio de Salud. Es a partir de 1987 que mediante el D.S. N° 022-87-SA se crea la Oficina de Vigilancia Epidemiológica, que posteriormente pasó a denominarse Oficina General de Epidemiología y actualmente Dirección General de Epidemiología (DGE), siendo su primer director el Dr. Pedro Priale Jaime. Este organismo asesora al Ministerio de Salud, gobiernos regionales y demás componentes del sistema sanitario sobre la situación de salud del país y de cada región (15).

### IV. ¿Por qué celebramos cada 22 de septiembre?

Hace 15 años gracias a los esfuerzos y el interés desplegado por el entonces Director Superior de Salud, Dr. Joaquín Roberto Cornejo Ubillus se creó la Semana de la Epidemiología y dentro de ella, el Día del Epidemiólogo como tributo al trabajo que realizan esos especialistas en provecho de la salud del país.

La semana de la epidemiología en el Perú fue reconocida en 1977 mediante la Resolución Ministerial No 000748-76-SA/DS, emitida el 30 de diciembre de 1976, declarándose el 22 de septiembre como el "Día del Epidemiólogo Peruano", fecha que fue promovida por el médico epidemiólogo Joaquín Roberto Cornejo Ubillus en reconocimiento a la contribución de un grupo de profesionales de la salud quienes con esfuerzo y sacrificio contribuyeron a la caracterización y conocimiento de los problemas prioritarios de salud pública en nuestro país, estableciendo así las bases para el control de daños importantes como la viruela, lepra, malaria, fiebre amarilla y poliomielitis.

La enfermedad no se debe al azar: Sabemos que no existe un límite preciso entre la salud y la enfermedad y el hombre vive en un proceso de adaptación continua a su medio ambiente. El objetivo epidemiológico será por lo tanto identificar esos factores productores de la desigualdad en la enfermedad y controlar los factores de riesgo constituyendo así la esencia misma de la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud.

*"La epidemiología es la clínica al por mayor"*

*Dr. Joaquín Roberto Cornejo Ubillúz.*

**Referencias bibliográficas:**

1. Gotuzzo E. Enfermedades emergentes y reemergentes en el Perú. *Rev Med Hered.* 2002;13(2):37-9.
2. Maguiña C. Enfermedad por el virus del Ébola. *Rev Med Hered.* 2015;26:195-201.
3. Organización Mundial de la Salud. Enfermedad por el virus del Ébola. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014.
4. Organización Panamericana de la Salud. Resurgimiento del dengue en las Américas. *Boletín Epidemiológico.* 1997;18:1-6.
5. A. S. Oliveira Melo, G. Malinger, R. Ximenes, P. O. Szejnfeld S. Alves Sampaio and A. M. Bispo de Filippis. Zika virus intrauterine infection causes fetal brain abnormality and microcephaly: tip of the iceberg? *Ultrasound Obstet Gynecol* 2016; 47: 6–7.
6. Sourisseau M, Schilte C, Casartelli N, Trouillet C, Guivel-Benhassine F, Rudnicka D, et al. Characterization of reemerging chikungunya virus. *PLoS Pathog.* 2007;3(6):e89.
7. Maguiña C. Fiebre Chikungunya una enfermedad emergente de gran problema de Salud Pública. *Rev Med Hered.* 2015;26:55-9.
8. Zanluca C, de Melo VCA, Mosimann ALP, dos Santos GIV, dos Santos CND, Luz K. First report of autochthonous transmission of Zika virus in Brazil. *Mem Inst Oswaldo Cruz.* 2015;110:569-72.
9. Center for Disease Control and Prevention. Zika virus. Atlanta: Center for Disease Control and Prevention; 2016.
10. Dick GW, Kitchen SF, Haddow AJ. Zika virus Isolations and serological specificity. *Trans R Soc Trop Med Hyg.* 1952;46:509-20.
11. World Health Organization. Zika virus. Ginebra: World Health Organization; 2016.
12. Musso D, Nilles EJ, Cao-Lormeau VM. Rapid spread of emerging Zika virus in the Pacific area. *Clin Microbiol Infect.* 2014;20(10): 595-6.
13. Duffy MR, Chen TH, Hancock WT, Powers AM, Kool JL, Lanciotti RS, et al. Zika virus outbreak on Yap Island. Federated States of Micronesia. *N Engl J Med.* 2009;360:2536-43.
14. Hayes EB. Zika virus outside Africa. *Emerg Infect Dis.* 2009;15:1347- 50.
15. Harris, S.R. Measuring head circumference, Update on infant microcephaly. *Can Fam Physician* 2015; 61:680-4.

Disponible en

**www.hdosdemayo.gob.pe**

## **OFICINA DE EPIDEMIOLOGÍA 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 Alvarezcano 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

### **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

Srta. Marianella Narro Dueñas

### **Compilación y Edición**

MC. Jessica Llano Guillén

MR1 Gestión en Salud

Equipo de Trabajo de Vigilancia Epidemiológica y  
Salud Ambiental

**Lima - Agosto 2016**