



## CONTENIDO

EDITORIAL *pág. 1*1. VIGILANCIA  
EPIDEMIOLÓGICA DE  
LAS INFECCIONES  
INTRAHOSPITALARIAS  
*pág. 2-6*2. DAÑOS DE  
NOTIFICACIÓN  
OBLIGATORIA  
*pág. 7 - 11*3. VIGILANCIA  
EPIDEMIOLÓGICA DE  
ACCIDENTES  
OCUPACIONALES  
*pág. 11 - 13*4. VIGILANCIA  
EPIDEMIOLÓGICA DE  
MORTALIDAD  
NEONATAL Y FETAL  
*pág. 13 - 14*5. EVALUACIÓN POR  
DEPARTAMENTOS DEL  
MANEJO DE RESIDUOS  
SÓLIDOS  
HOSPITALARIOS  
*pág. 15*ACTUALIDAD EN  
EPIDEMIOLOGÍA  
*pág. 16 - 18*

## EDITORIAL

***Acinetobacter baumannii* multirresistente: situación clínica actual y nuevas perspectivas**

El *Acinetobacter baumannii* multirresistente ha pasado en los últimos años a ser considerado un microorganismo cada vez más frecuente en pacientes hospitalizados, constituyendo un verdadero peligro en infecciones nosocomiales multirresistentes; afecta fundamentalmente a pacientes con enfermedades subyacentes graves, sometidos a cirugía, mayormente en Cuidados Críticos (UCI), es de suma importancia el uso previo de antibióticos de amplio espectro e ingresos prolongados, incluyendo estancia anteriores en UCI/Trauma-Schock

La multirresistencia extendida a carbapenemes (MDR-C) probablemente se asocie con una mayor gravedad clínica de estas infecciones y un mayor número de complicaciones, con una mortalidad global en un estudio de 49,3% (A. Hernández Torres; et al, 2010) y una mortalidad atribuible (en las primeras 72 horas tras el aislamiento) del 10,39%. El mismo estudio plantea el hecho de que el resto de fallecimientos se produzca a partir del séptimo día, y la pregunta es si es la propia infección por *A. baumannii* multirresistente con resistencia extendida a carbapenemes, la causante de la mortalidad, o ésta es debida más bien a la presencia de enfermedad subyacente o a la aparición de complicaciones; sin embargo, también mencionan que, el tratamiento antibiótico inadecuado y el tratamiento en monoterapia se asocian con una mayor mortalidad. Es necesario llevar a cabo estudios prospectivos que contribuyan a determinar cuál es el tratamiento más adecuado de los pacientes graves con sospecha de infección por *A. baumannii* MDR-C.

Uno de los rasgos de este microorganismo es su gran facilidad para desarrollar resistencias bacterianas. En la última década, la resistencia a antimicrobianos entre las diferentes especies de *Acinetobacter* se ha incrementado de manera sustancial, probablemente en relación a la relativa impermeabilidad de su membrana externa y la exposición ambiental a un amplio grupo de genes de resistencia a Meropenem y especialmente imipenem, que suponen el tratamiento de elección en infecciones por cepas de *A. baumannii* sensibles, ya que in vitro han demostrado actividades superiores a las de otros antimicrobianos. Sin embargo, la resistencia a carbapenemes dentro de estas especies está aumentando de forma considerable y constituye un signo centinela para la aparición de multirresistencia. De hecho, se considera que la resistencia a carbapenemes es, por sí misma, suficiente para definir un aislamiento de *A. baumannii* como altamente resistente.

En el amplio espectro de definiciones de multirresistencia, encontramos desde la definición de *A. baumannii* multirresistente como aquél que muestra resistencia a al menos dos de los antibióticos más utilizados (cefalosporinas antipseudomónicas, carbapenemes antipseudomónicos, fluorquinolonas, aminoglucósidos, sulbactam), hasta aquella en la que el término de *A. baumannii* multirresistente presenta resistencia a todos menos a polimixinas.

La mayoría de especies de *Acinetobacter* se han encontrado en muestras clínicas, y, aunque no todas se han infecciosas, la mayoría han tenido al menos alguna significación como patógenos humanos. La pregunta es ¿cuál es el reservorio de *A. baumannii*?, ¿existen reservorios humanos y/o ambientales?. Las especies de *A. baumannii* más frecuentemente aisladas en muestras clínicas humanas son el genotipo sp3 y sp.13TU; de estos, la 3 fue la más prevalente en aislamientos clínicos en un estudio sueco. En dos estudios europeos, *Acinetobacter lwoffii* fue la especie más predominante encontrada en la piel de individuos sanos, con tasas de portadores de entre el 29 y el 58%, mientras que otras especies de *Acinetobacter*, incluyendo *Acinetobacter junii*, *Acinetobacter johnsonii*, *Acinetobacter radiatorresistens* y gen sp.15BJ, fueron mucho menos frecuentes. Las tasas de portadores de *Acinetobacter* (incluyendo gen sp. 13TU) en estos estudios oscilaba entre el 0,5% y el 3%, mientras que para el gen sp.3 las tasas variaban entre el 2% y el 6%<sup>11,12</sup>. Los portadores fecales de *A. baumannii* entre pacientes no hospitalizados en el Reino Unido y Países Bajos llegaban a un 0,9%. Las especies más predominantes en las muestras fecales de los Países Bajos eran *A. johnsonii* (17,5%) y gen sp. 11 (4%)<sup>13</sup>. *A. baumannii* fue también aislado de los piojos de personas sin techo y se propuso que estos microorganismos causaban en estos pacientes bacteriemias transitorias.

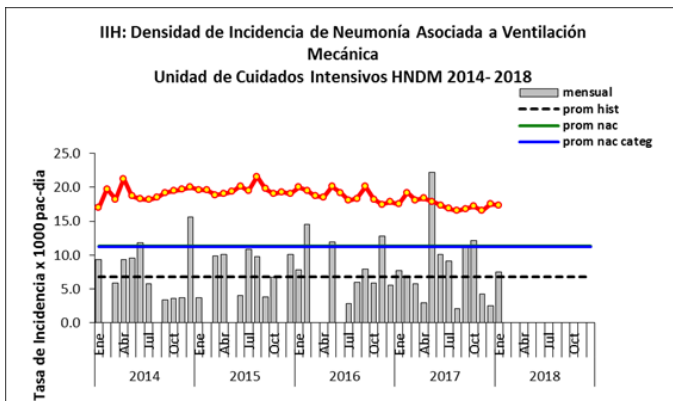
En un estudio en Hong Kong, las tasas de portadores de *A. baumannii*, gen. sp 3 y gen sp. 13TU en la piel de individuos sanos fue del 4, 32 y 14%, respectivamente<sup>14</sup>. Así, las tasas de portadores de gen sp3 y gen sp13TU en este estudio fueron notablemente superiores que en los estudios europeos.

## Referencia:

A. Hernández Torres; et al; *Acinetobacter baumannii* multirresistente: situación clínica actual y nuevas perspectivas; Rev Esp Quimioter;23(1):12-19; España 2010

## 1. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS.

**GRÁFICO Nº 1.1: DENSIDAD DE INCIDENCIA DE NEUMONIA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA**

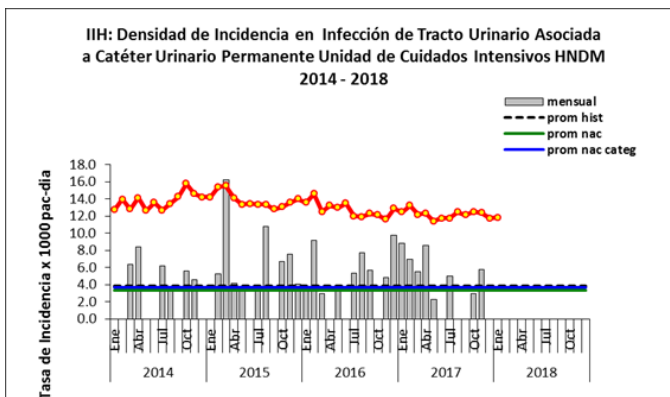


Fuente: Base de datos del VEA-HNNDM

La tendencia de las Neumonías Asociadas a Ventilación Mecánica en la Unidad de Cuidados Intensivos durante el año 2017 se ha mantenido por debajo del Promedio Nacional por Categoría, con excepción de los meses de Mayo y Octubre.

Durante el mes de enero del 2018, se han registrado tres casos de Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica que representa una tasa de densidad de incidencia de 7.56 x 1000 días VM, sobrepasando ligeramente el promedio histórico; se mantuvieron durante el mes 45 pacientes sometidos a V.M., con 397 días de exposición. En relación a los meses anteriores se presentó un incremento de casos (Brote).

**GRÁFICO Nº 1.2: DENSIDAD DE INCIDENCIA EN ITU ASOCIADA A CATÉTER URINARIO**

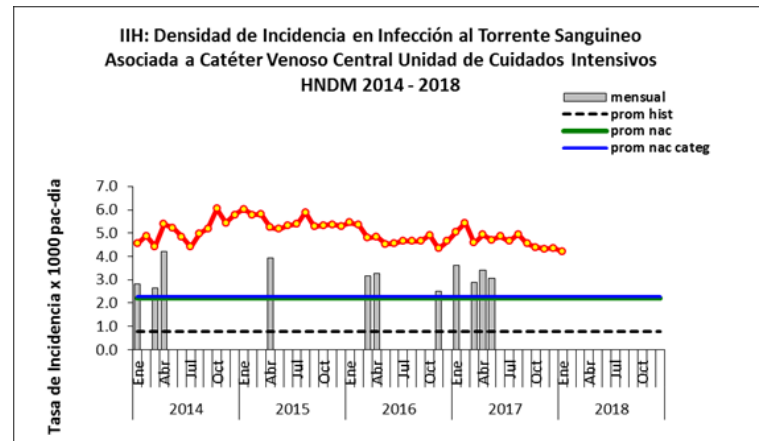


Fuente: Base de datos del VEA-HNNDM

En la Unidad de Cuidados Intensivos en el mes de enero del año 2018, no hubo Infección Urinaria Asociada a Catéter Urinario Permanente. En el mes de Enero se vigilaron 48 pacientes vigilados con 397 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.

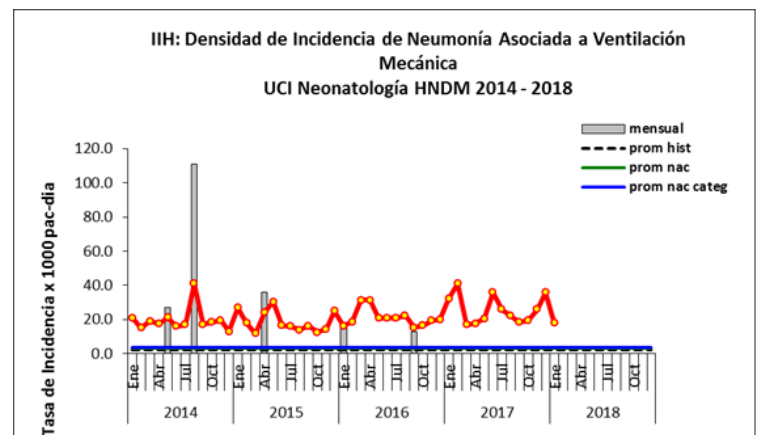
**GRÁFICO Nº 1.3: DENSIDAD DE INCIDENCIA EN INFECCIÓN AL TORRENTE SANGUÍNEO ASOCIADO A CVC**



Fuente: Base de datos del VEA-HNNDM

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 enero del 2018, se mantuvieron en vigilancia 57 pacientes con 431 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 Nº 1.4: DENSIDAD DE INCIDENCIA DE NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA**

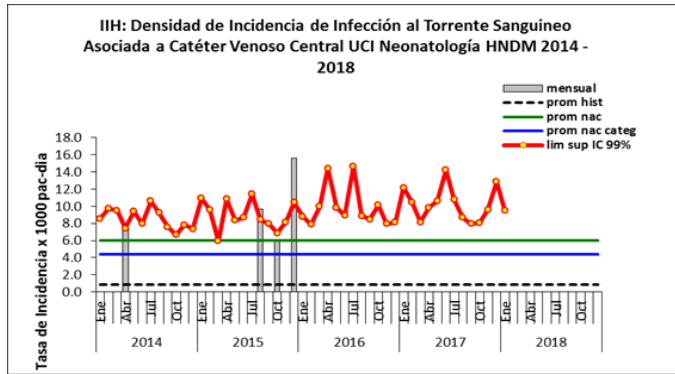


Fuente: Base de datos del VEA-HNNDM

En la Unidad de Cuidados Intensivos de Neonatología no se han presentado casos de Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica en pacientes neonatos durante el mes de enero del 2018, sin embargo se vigilaron 04 pacientes sometidos a 54 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 N° 1.5: DENSIDAD DE INCIDENCIA DE INFECCIÓN AL TORRENTE SANGUÍNEO ASOCIADO A CVC. NEONATOLOGÍA

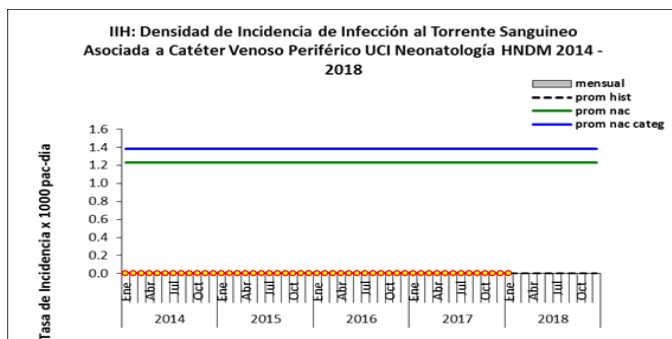


Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

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 enero del año 2018. Estuvieron sometidos a vigilancia epidemiológica 09 pacientes con 79 días de exposición.

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

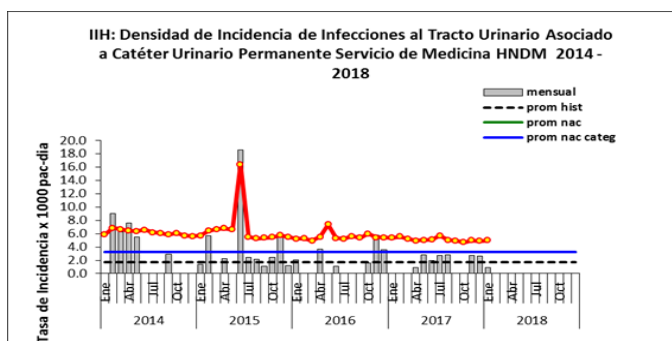
### GRÁFICO N° 1.6: DENSIDAD DE INCIDENCIA DE INFECCIÓN AL TORRENTE SANGUÍNEO ASOCIADO A CVP. NEONATOLOGÍA



Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

En relación a las Infecciones de Torrente Sanguíneo Asociada a Catéter Venoso Periférico, durante el mes de enero del año 2018 no se presentaron casos en Neonatos, se sometieron a vigilancia epidemiológica 38 pacientes con 101 días de exposición.

### GRÁFICO N° 1.7: DENSIDAD DE INCIDENCIA DE ITU ASOCIADO A CATÉTER URINARIO. MEDICINA

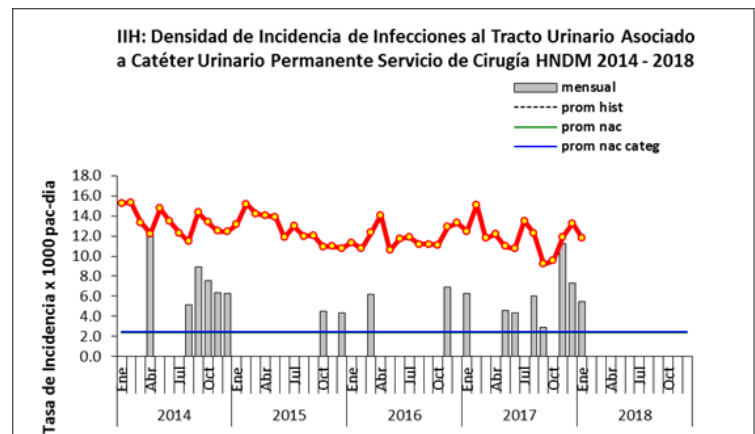


Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

Durante el mes de enero del año 2018 en el Departamento de Medicina, se ha presentado un caso de ITU asociada a CUP, que

representa una tasa de densidad de incidencia de 0.90 x 1000 días/catéter. Se vigilaron 116 pacientes con 1117 días de exposición. En los servicios de medicina se están aplicando las listas de cotejo de la metodología Bundle, como estrategia de prevención de ITU.

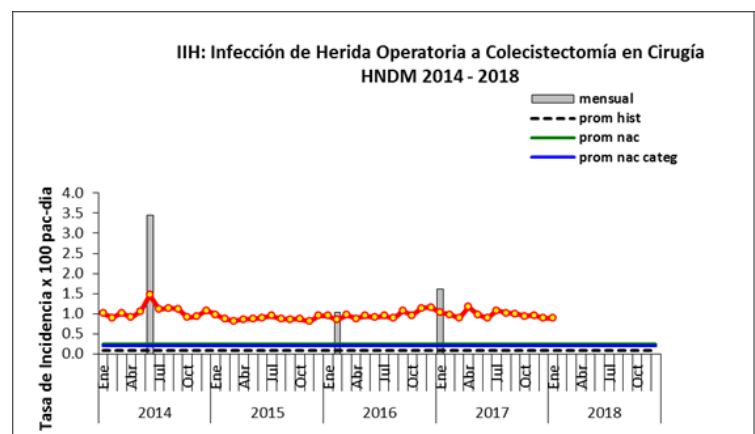
### GRÁFICO N° 1.8: DENSIDAD DE INCIDENCIA DE ITU ASOCIADO A CATÉTER URINARIO. CIRUGÍA



Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

En el Departamento de Cirugía durante el mes de enero del año 2018 se ha reportado un caso de ITU asociada a CUP, que representa una tasa de densidad de incidencia de 5.46 x 1000 d/c, sobrepasando el Promedio Histórico, Promedio Nacional y por Categoría. Se han vigilado 38 pacientes con 183 días de exposición. Está pendiente la implementación de la metodología Bundle, mediante la aplicación de las listas de cotejo como medida preventiva de la ITU.

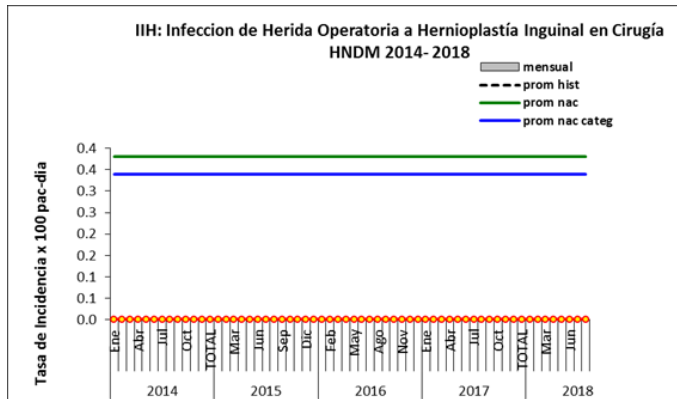
### GRÁFICO N° 1.9: INFECCIÓN DE HERIDA OPERATORIA ASOCIADA A COLECISTECTOMÍA. CIRUGÍA



Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

Las Infecciones de Sitio Quirúrgico de Cirugías limpias está considerada como un excelente indicador de calidad por toda institución hospitalaria, por lo que constituyen una prioridad en la vigilancia de infecciones intrahospitalarias. En el presente gráfico observamos que durante el mes de enero no se reportaron casos, se vigilaron 85 pacientes sometidos a Colecistectomía.

### GRÁFICO N° 1.10: INFECCIÓN DE HERIDA OPERATORIA ASOCIADA A HERNIOPLASTÍA INGUINAL. CIRUGÍA

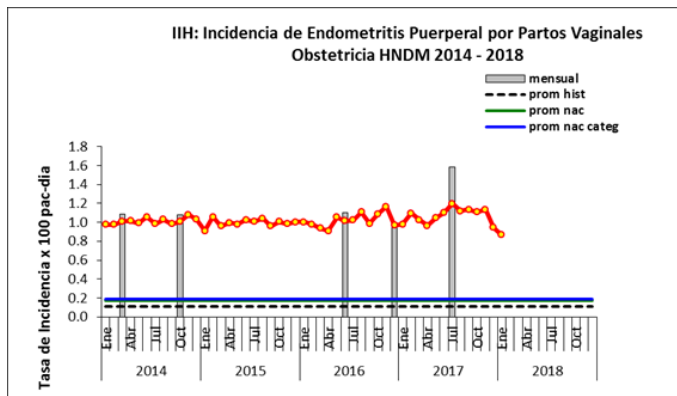


Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

En el presente gráfico observamos que no hay casos reportados de Infección de Sitio quirúrgico asociado a Hernioplastia Inguinal desde el año 2014, inclusive hasta el mes de enero del año 2018, se vigilaron 26 pacientes sometidos a hernioplastía.

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

### GRÁFICO N° 1.11: INCIDENCIA DE ENDOMETRITIS PUERPERAL POR PARTOS VAGINALES. OBSTETRICIA

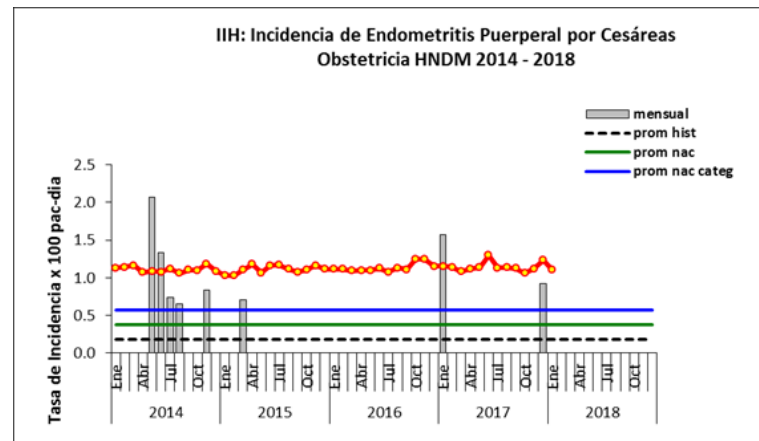


Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

Durante el mes de enero 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 131.

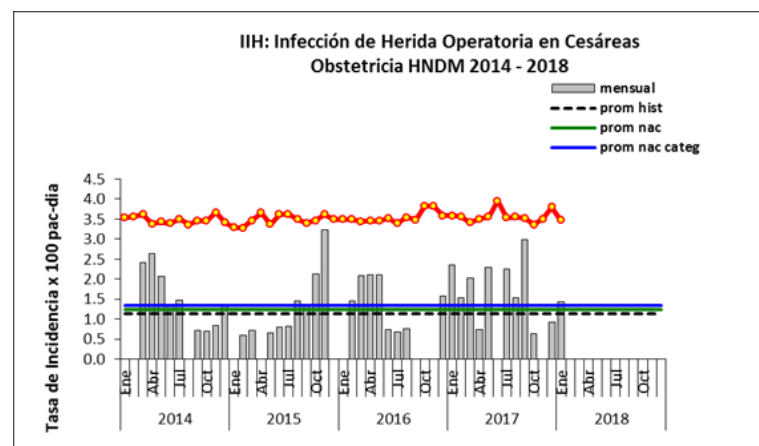
### GRÁFICO N° 1.12: INCIDENCIA DE ENDOMETRITIS PUERPERAL POR CESÁREA.



Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

Durante el mes de enero 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 en ésta juegan roles importantes también los antecedentes maternos que pudieran contribuir a la presencia de endometritis. Las Cesáreas realizadas fueron 140 durante el mes de enero.

### GRÁFICO N° 1.13: INFECCIÓN DE HERIDA OPERATORIA EN CESÁREAS. OBSTETRICIA



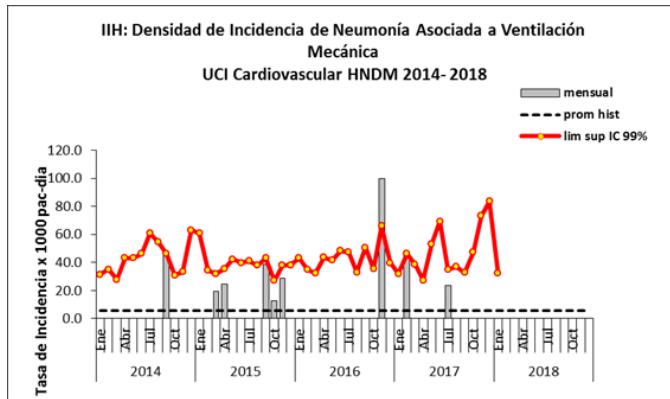
Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

En el gráfico podemos observar que durante el mes de enero del 2018, se han reportado dos casos de Infección de Herida Operatoria en Cesárea, en relación al mes anterior se incrementó la tasa de incidencia. Las Cesáreas realizadas fueron 140 durante el mes.

Es importante el cumplimiento de las acciones de prevención durante el periodo 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 sí sola reduce la frecuencia de estas infecciones.



**GRÁFICO N° 1.14: DENSIDAD DE INCIDENCIA DE NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA. UCI CARDIOVASCULAR**

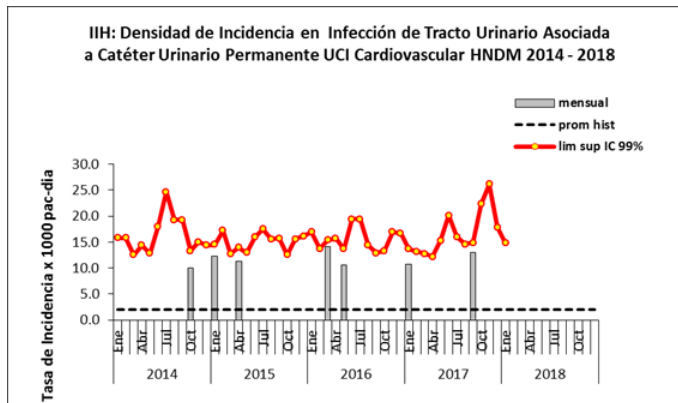


Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

La tendencia de las Neumonías Asociadas a Ventilación Mecánica en UCI Cardiovascular de Enero a Diciembre 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.

Durante el mes de enero del 2018, no se han registrado casos de Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica. Se vigilaron 07 pacientes con 51 días de exposición.

**GRÁFICO N° 1.15: DENSIDAD DE INCIDENCIA EN ITU ASOCIADO A CATÉTER URINARIO. UCI CARDIOVASCULAR**

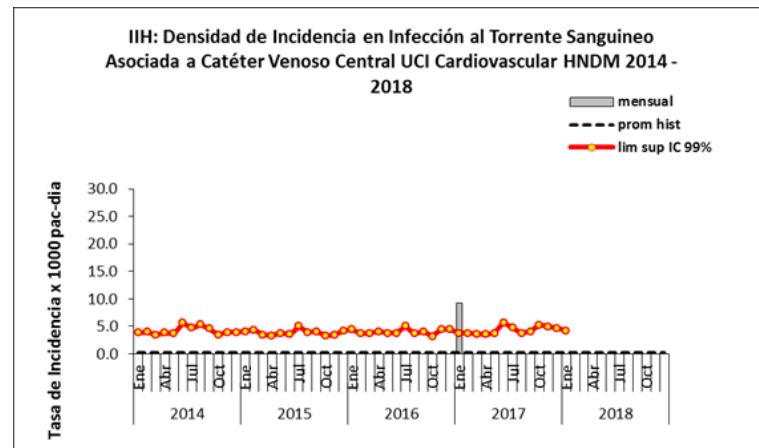


Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

Durante el mes de diciembre del año 2017 en la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovascular no se han reportado casos de ITU Asociada a Catéter Urinario Permanente.

Durante este mes se vigilaron 11 pacientes con 78 días de exposición.

**GRÁFICO N° 1.16: DENSIDAD DE INCIDENCIA EN INFECCIÓN AL TORRENTE SANGUÍNEO ASOCIADO A CVC. UCI CARDIOVASCULAR**

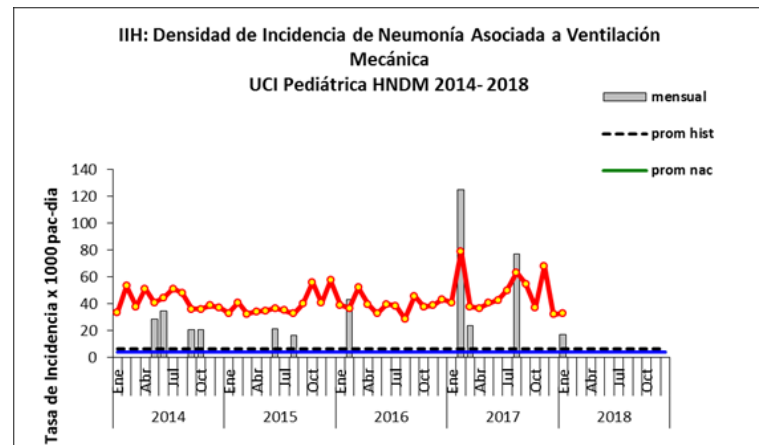


Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

En relación a Infección del Torrente Sanguíneo Asociado a Catéter Venoso Central en la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovascular, no se registraron casos en el mes de enero del 2018.

Se vigilaron 13 pacientes con 88 días de exposición.

**GRÁFICO N° 1.17: DENSIDAD DE INCIDENCIA DE NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA. UCI PEDIÁTRICA**

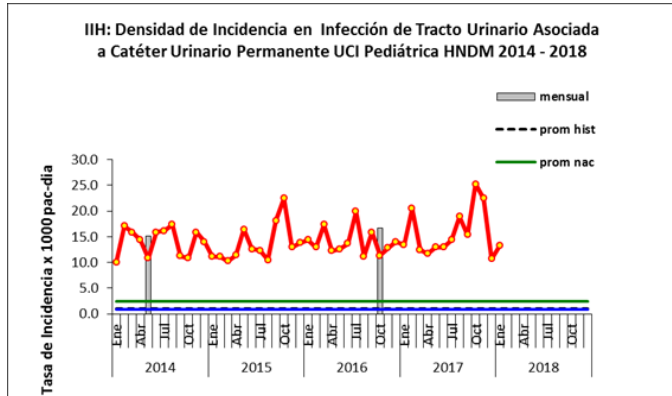


Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

En la Unidad de Cuidados Intensivos de Pediatría, durante el mes de enero del año 2018, se ha presentado un caso de Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica, que representa una Tasa de Densidad de Incidencia de 16.95 x 1000 días/VM.

Durante este mes se vigiló a 04 pacientes en Ventilación Mecánica con 51 días de exposición.

### GRÁFICO Nº 1.18: DENSIDAD DE INCIDENCIA DE ITU ASOCIADO A CATÉTER URINARIO. UCI PEDIATRÍA

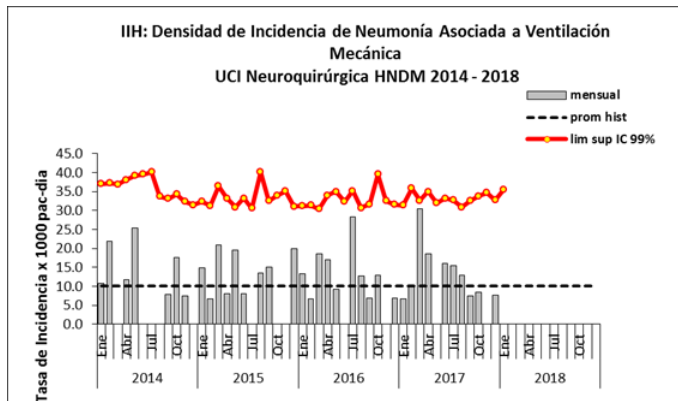


Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

Durante el mes de enero del año 2018 en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediatría, no se han reportado casos de Infección Urinaria Asociada a Catéter Urinario Permanente. Se vigilaron 06 pacientes con 43 días de exposición.

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

### GRÁFICO Nº 1.19: DENSIDAD DE INCIDENCIA DE NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA. UCI NEUROCIURUGÍA

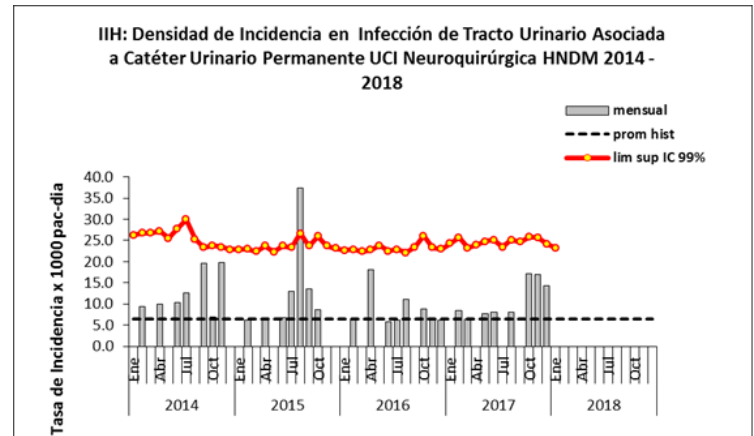


Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

La tendencia de las Tasas de Neumonías Asociadas a Ventilación Mecánica en UCI Neuroquirúrgica desde el año 2014 es mantenerse por encima del promedio histórico como ha sucedido en los meses anteriores. En el mes de enero del año 2018 no se registraron casos de Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica.

Se vigilaron 15 pacientes con 103 días de exposición, en el servicio se continúa aplicando la metodología Bundle como medida de prevención.

### GRÁFICO Nº 1.20: DENSIDAD DE INCIDENCIA DE ITU ASOCIADO A CATÉTER URINARIO. UCI NEUROCIURUGÍA

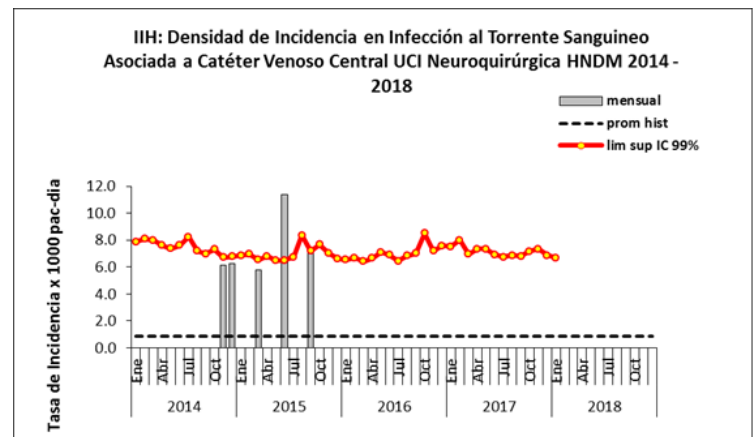


Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

En el mes de enero 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 20 pacientes con 155 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 Nº 1.21: DENSIDAD DE INCIDENCIA DE INFECCIÓN AL TORRENTE SANGUÍNEO ASOCIADO A CVC. UCI NEUROCIURUGÍA



Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

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

Desde el año 2016 inclusive hasta el mes de enero del año 2018 no se reportaron casos. En el mes se vigilaron 25 pacientes con 165 días de exposición.

## 2. DAÑOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA DE ENERO DEL 2018

TABLA N° 2.1 DISTRIBUCIÓN DE CASOS SEGÚN SEXO

SEXO	Nº	%
Femenino	10	56%
Masculino	8	44%
<b>Total general</b>	<b>18</b>	<b>100%</b>

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Del total de daños notificados en el mes de enero del año 2018, el 56% pertenece al género femenino y el 44% restante al masculino.

TABLA N° 2.2: DISTRIBUCIÓN DE CASOS SEGÚN GRUPO ETARIO

GRUPO ETARIO	Nº	%
Menores 1 año	4	22%
1-9 años	4	22%
10-19 años	0	0%
20-64 años	9	50%
65 a más	1	6%
<b>Total general</b>	<b>18</b>	<b>100%</b>

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Se reportaron un total de 18 daños de notificación obligatoria durante el mes de Enero 2018, de los cuales el 50% corresponde al grupo etario de 20 a 64 años, seguido del 22% de 1 a 9 años. Y menores de 1 año. Correspondiendo el mayor % al sexo femenino (56%).

TABLA N° 2.3: DISTRIBUCIÓN DE CASOS SEGÚN DAÑO DE NOTIFICACIÓN

DAÑO	Nº	%
Tos ferina	4	22%
Varicela sin complicaciones	3	17%
Hepatitis B	3	17%
Dengue Con Señales De Alarma	1	6%
Varicela con otras complicaciones	1	6%
Dengue Sin Señales De Alarma	1	6%
Zika	1	6%
Muerte materna indirecta	1	6%
Bartonelosis aguda	1	6%
Leptospirosis	1	6%
Influenza	1	6%
<b>Total general</b>	<b>18</b>	<b>100%</b>

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Del total de daños notificados, el 22% corresponden a Tos Ferina (4), seguido de Varicela sin complicaciones 17%(3); y Hepatitis "B "(3); en menor % se notificaron los casos de Dengue c/señales y sin señales de alarma, Bartonellosis, Influenza y Zika (6%).

TABLA N° 2.4: DISTRIBUCIÓN DE CASOS SEGÚN LUGAR PROBABLE DE ADQUISICIÓN DE LA INFECCIÓN

LUGAR PROBABLE	Nº	%
LIMA	13	72%
UCAYALI	3	17%
PIURA	1	6%
JUNIN	1	6%
<b>Total general</b>	<b>18</b>	<b>100%</b>

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

El 72% de los casos proceden de Lima, ya que es la ciudad que concentra la mayor población del país, seguido de los Dptos. de Ucayali (17%), Piura y Junín (6%).

TABLA N° 2.5: DISTRIBUCIÓN DE CASOS SEGÚN TIPO DE DIAGNÓSTICO

TIPO DE DIAGNÓSTICO	Nº	%
Confirmado	13	72%
Descartado	5	28%
Probable	0	0%
<b>Total general</b>	<b>18</b>	<b>100%</b>

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

El 72%(13) de los casos fueron confirmados, descartándose un 28% (5). Durante el mes de Enero 2018, no quedó ningún caso como probable.

TABLA N° 2.6: CASOS CONFIRMADOS DE DAÑOS DE NOTIFICACIÓN

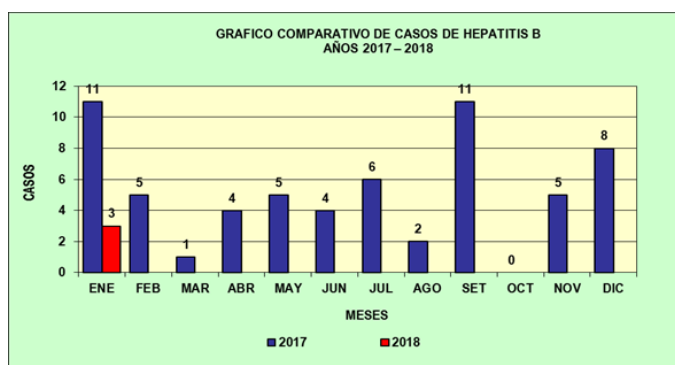
DAÑO	Nº	%
Tos ferina	4	31%
Hepatitis B	3	23%
Varicela sin complicaciones	3	23%
Muerte materna indirecta	1	8%
Zika	1	8%
Varicela con otras complicaciones	1	8%
<b>Total general</b>	<b>13</b>	<b>100%</b>

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Del total de casos confirmados durante el mes de Enero 2018, el 31% (4) corresponden a tos ferina, seguido de hepatitis B, varicela s/ complicaciones 23% (3). Los casos de varicelas fueron confirmadas con criterio clínico epidemiológico.

Actualmente a nivel nacional nos encontramos en Alerta de Tos Ferina y Varicela.

GRÁFICO 2.1: GRÁFICO COMPARATIVO DE CASOS DE HEPATITIS B



Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Observamos que los casos de Hepatitis "B" durante el mes de Enero del presente año han disminuido en relación al año anterior, siendo los meses de Enero, Setiembre y Diciembre 2017, los de mayor frecuencia de notificación.

**TABLA N° 2.7: ATENCIONES DE DIARREA ACUOSA AGUDA SEGÚN GRUPO ETARIO Y DISTRITO DE PROCEDENCIA**

DISTRITO	N° DE CASOS			Total
	< 1 a	1-4 a	5 a+	
LIMA	28	62	98	188
LA VICTORIA	14	30	38	82
ATE	3	3	1	7
SAN JUAN DE LURIGANCHO	1	3	1	5
EL AGUSTINO	1	1	3	5
SAN BORJA	3	0	2	5
SAN LUIS	2	1	1	4
TRANSITO	2	1	0	3
RIMAC	1	0	1	2
PACHACAMAC	0	1	0	1
SAN BARTOLO	0	1	0	1
VILLA EL SALVADOR	1	0	0	1
LURIGANCHO	0	1	0	1
SURQUILLO	1	0	0	1
SAN MARTIN DE PORRES	0	1	0	1
<b>Total general</b>	<b>57</b>	<b>105</b>	<b>145</b>	<b>307</b>

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Se notificaron un total de 307 episodios de Diarrea Acuosa Aguda, siendo el grupo etario más afectado de 5 años a más, y los distritos de Lima y La Victoria los de mayor procedencia por ser más accesibles a la institución.

**TABLA N° 2.8 CASOS DE DIARREA DISENTÉRICA SEGÚN GRUPO ETARIO Y DISTRITO DE PROCEDENCIA**

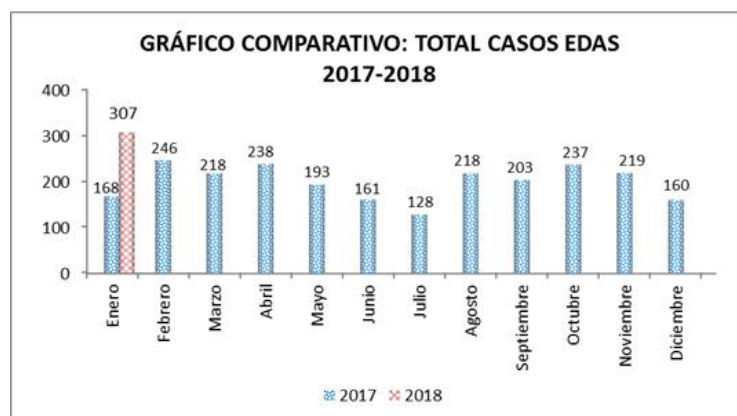
DISTRITO	N° DE CASOS			Total
	< 1 AÑO	1-4 AÑOS	5 a+	
LIMA	2	0	0	2
LA VICTORIA	0	1	1	2
<b>T. general</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>4</b>

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Respecto a EDAS Disentéricas, se notificaron 4 casos, siendo el grupo etario más afectado los menores de un año.

La tendencia es a disminución de casos por esta infección.

**GRÁFICO N° 2.2: GRÁFICO COMPARATIVO TOTAL DE CASOS EDA**



Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Comparando las atenciones de EDAS de Enero 2018 en relación al año 2017, se observa que éstas se han incrementado significativamente durante este mes del año; presentando una tendencia de incremento y comportamiento estacional en los meses de verano.

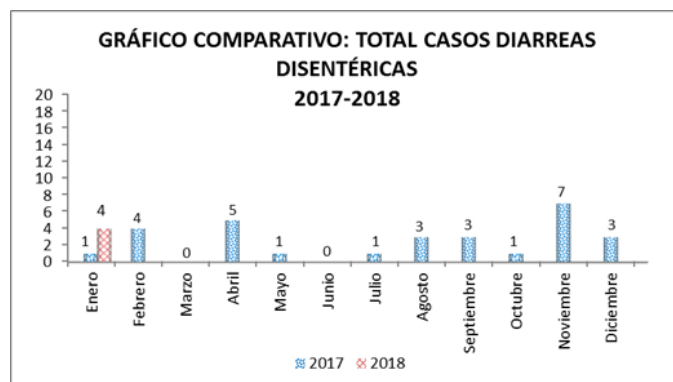
**TABLA N° 2.9. CUADRO COMPARATIVO: TOTAL DE CASOS DE EDA POR GRUPO ETARIO**

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

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

En el mes de Enero 2018, Los episodios de Edas se han presentado mayormente en el grupo etario de 5 años a más, seguido de los niños de 1 a 4 años.

**GRÁFICO N° 2.3: GRÁFICO COMPARATIVO TOTAL DE EDA DISENTÉRICA**



Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM



Respecto a las EDAS Disentéricas, observamos incremento en el presente año 2018, en relación al año anterior. En los meses de Marzo y Junio 2017 no se notificaron casos de ésta infección.

**TABLA N° 2.10. CUADRO COMPARATIVO TOTAL DE ATENCIONES POR DIARREA DISENTÉRICA POR GRUPO ETARIO**

Mes	< 1 año		1-4 años		5 años a +	
	2017	2018	2017	2018	2017	2018
Enero	-	2	1	1	-	1
Febrero	2		2		-	
Marzo	-		-		-	
Abril	2		3		-	
Mayo	-		1		-	
Junio	-		-		-	
Julio	1		-		-	
Agosto	2		1		-	
Septiembre	-		3		-	
Octubre	-		1		-	
Noviembre	1		4		2	
Diciembre	-		2		1	

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Según grupo etario los más afectados por esta infección corresponden a los menores de un año. Se observa en el presente año 2018 un incremento de episodios de EDAS Disentéricas.

**TABLA 2.11. ATENCIONES DE INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA SEGÚN GRUPO ETARIO Y DISTRITO DE PROCEDENCIA**

DISTRITO	N° DE CASOS			Total
	< 2 m	2-11 m	1-4 a	
LIMA	4	52	133	189
LA VICTORIA	3	30	63	96
EL AGUSTINO	0	3	10	13
SAN LUIS	1	0	8	9
SAN JUAN DE LURIGANCHO	0	2	7	9
ATE	0	1	5	6
VILLA MARIA DEL TRIUNFO	0	1	3	4
RIMAC	0	2	0	2
SANTA ANITA	0	0	2	2
SURQUILLO	0	1	1	2
TRANSITO	1	0	1	2
VILLA EL SALVADOR	0	1	1	2
SAN MARTIN DE PORRES	0	0	1	1
SAN BORJA	0	0	1	1
SAN JUAN DE MIRAFLORES	0	0	1	1
PACHACAMAC	0	0	1	1
LURIN	0	0	1	1
<b>Total general</b>	<b>9</b>	<b>93</b>	<b>239</b>	<b>341</b>

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Durante el mes de Enero 2018, se atendieron un total de 341 episodios de IRAS; correspondiendo el mayor número de atenciones al grupo etario de 1 a 4 años de edad (69%) siendo Lima y La Victoria los distritos de mayor procedencia.

**TABLA N°2.12 CASOS DE SOBA/ASMA SEGÚN GRUPO ETARIO Y DISTRITO DE PROCEDENCIA**

DISTRITO	N° DE CASOS		Total
	< 2 a	2-4 a	
LIMA	13	9	22
LA VICTORIA	9	2	11
VENTANILLA	1	0	1
EL AGUSTINO	0	1	1
SAN LUIS	0	1	1
SURQUILLO	0	1	1
TRANSITO	1	0	1
LURIGANCHO	0	1	1
VILLA EL SALVADOR	1	0	1
SAN BORJA	1	0	1
SAN JUAN DE MIRAFLORES	1	0	1
<b>Total general</b>	<b>27</b>	<b>15</b>	<b>42</b>

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Se atendieron un total de 42 episodios de SOBA/Asma; siendo los menores de 2 años los más afectados, correspondiendo a los distritos de Lima y La Victoria la mayor procedencia de casos.

**TABLA 2.13: CASOS DE NEUMONÍA SEGÚN GRUPO ETARIO Y DISTRITO DE PROCEDENCIA**

DISTRITO	N° DE CASOS						Total
	< 2-11 m	1-4 a	5-9 a	10-19 a	20-59 a	60 a +	
LIMA	1	1	1	1	4	5	13
LA VICTORIA	0	0	2	0	3	4	9
SAN JUAN DE LURIGANCHO	0	0	0	0	1	1	2
EL AGUSTINO	0	0	0	0	0	1	1
SAN MARTIN DE PORRES	0	0	0	0	0	1	1
TRANSITO	0	0	0	0	1	0	1
COMAS	0	0	0	0	0	1	1
LINCE	0	0	0	0	0	1	1
<b>Total general</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>9</b>	<b>14</b>	<b>29</b>

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

El grupo etario más afectado por Neumonía fueron los adultos mayores de 60 años a más, seguido de los grupos de 20 a 59 años, siendo los distritos de Lima, La Victoria y San Juan de Lurigancho los de mayor procedencia. Se observa un ligero descenso en relación a Enero 2017.

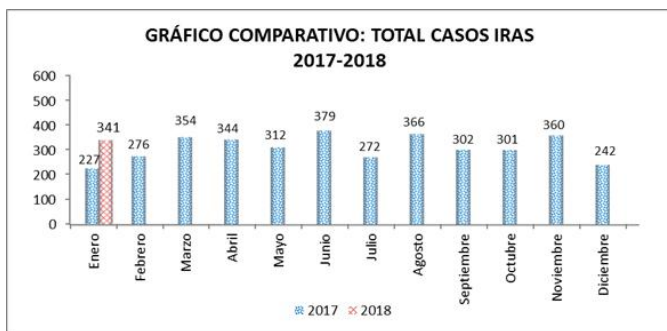
**TABLA 2.14: CASOS HOSPITALIZADOS POR NEUMONÍA GRAVE + ENFERMEDAD MUY GRAVE SEGÚN GRUPO ETARIO Y DISTRITO DE PROCEDENCIA**

DISTRITO	Nº DE CASOS			Total
	< 2 m	< 2-11 m	1-4 a	
LIMA	1	4	4	9
LA VICTORIA	1	2	0	3
VENTANILLA	0	0	2	2
TRANSITO	0	1	1	2
SAN LUIS	0	1	0	1
PUENTE PIEDRA	1	0	0	1
<b>Total general</b>	<b>3</b>	<b>8</b>	<b>7</b>	<b>18</b>

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Durante el mes de Enero 2018 se hospitalizaron un total de 18 pacientes por Neumonía Grave; correspondiendo el mayor número de casos al grupo etario de 2 a 11 meses de edad. Lima fue el distrito de mayor procedencia.

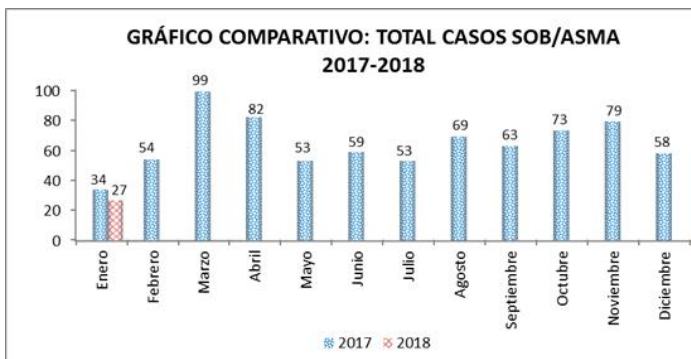
GRÁFICO 2.4: GRÁFICO COMPARATIVO TOTAL DE CASOS IRA



Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Las atenciones de IRAS se han incrementado en el presente año 2018 en un 45% en relación al año anterior, correspondiendo el mayor número de atenciones al grupo etario de 1 a 4 años de edad, seguido de los lactantes de 2 a 11 meses.

GRÁFICO N° 2.5: TOTAL DE CASOS ASMA/SOBA



Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

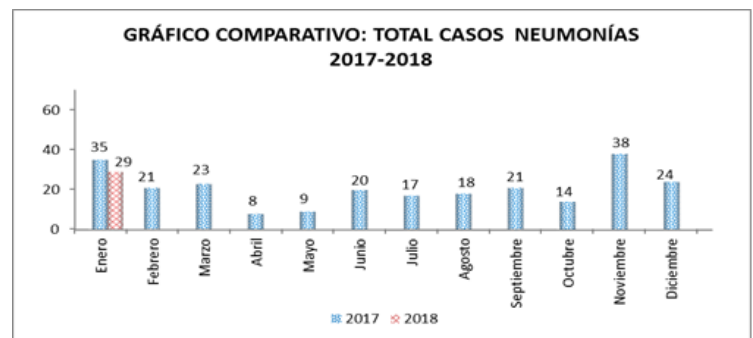
Las atenciones de SOBA/Asma han disminuido para el mes de enero del presente año, en relación al año anterior, siendo los menores de 2 años con mayor cantidad de casos.

TABLA N° 2.15: CUADRO COMPARATIVO TOTAL CASOS SOBA/ASMA POR GRUPO ETARIO

Mes	< 2 años		2-4 años	
	2017	2018	2017	2018
Enero	21	27	13	15
Febrero	37		17	
Marzo	65		34	
Abril	62		20	
Mayo	30		23	
Junio	33		26	
Julio	34		19	
Agosto	42		27	
Septiembre	38		25	
Octubre	51		22	
Noviembre	46		33	
Diciembre	31		27	

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

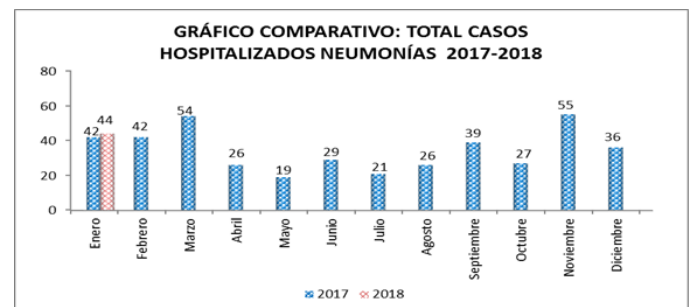
GRÁFICO 2.6: GRÁFICO COMPARATIVO TOTAL DE CASOS NEUMONÍAS



Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Durante el mes de Enero 2018, se atendieron un total de 29 pacientes por Neumonía, comparando al año 2017, las atenciones por Neumonía han disminuido en el primer mes del año.

GRÁFICO 2.7: TOTAL DE CASOS HOSPITALIZADOS POR NEUMONÍAS

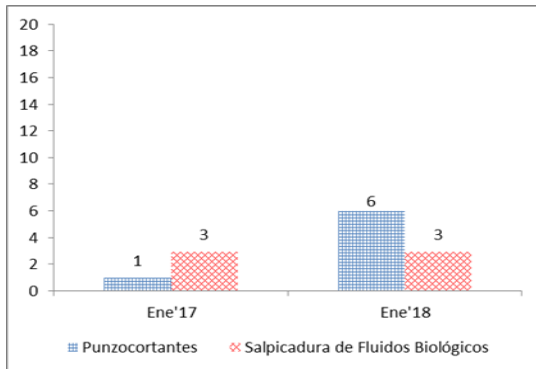
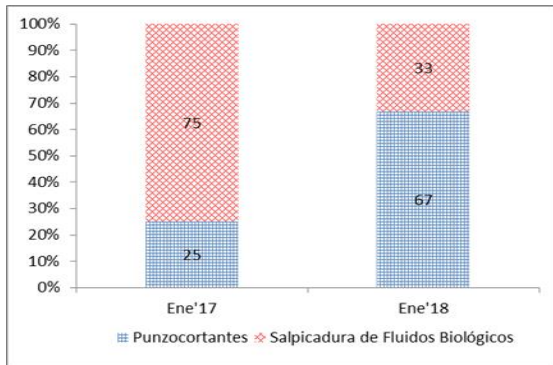


Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

En relación a los casos de neumonías hospitalizados por diferentes grupos etarios, observamos un ligero incremento de casos en Enero del 2018, siendo los grupos más afectados los adultos de 20 a 59 años y los adultos mayores de 60 a más, siendo poblaciones de riesgo más susceptibles a enfermar.

### 3. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE ACCIDENTES OCUPACIONALES.

**GRÁFICO N° 3.1: COMPARATIVO ACCIDENTES LABORALES POR EXPOSICIÓN A FLUIDOS BIOLÓGICOS Y/O OBJETOS PUNZOCORTANTES POR GRUPO OCUPACIONAL**



Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales – HNDM

En Enero del 2018, se notificaron 09 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 06 casos (67%), seguido de exposición a Fluidos biológicos – Salpicaduras con 03 casos (33%).

**TABLA N° 3.1: ACCIDENTES LABORALES POR EXPOSICION A FLUIDOS CORPORALES Y/O OBJETOS PUNZOCORTANTES SEGÚN GRUPO OCUPACIONAL**

Grupo Ocupacional	Salpicadura		Punzocortantes		Total Mes	
	N°	%	N°	%	N°	%
Interno Medicina	0	0	4	67	4	44
Médico Residente	1	33	1	17	2	22
Enfermera	1	33	0	0	1	11
Técnico de Enfermería	0	0	1	17	1	11
Interno de Enfermería	1	33	0	0	1	11
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>100</b>	<b>6</b>	<b>100</b>	<b>9</b>	<b>100</b>

Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales - HNDM

Durante Enero del presente año se observa que el Grupo Ocupacional en etapa de entrenamiento son los que presentan la mayor ocurrencia de los Accidentes Laborales por Exposición a Fluidos Biológicos y/o Objetos Punzocortantes (77%), siendo los Internos de Medicina (44%) los que presentan el mayor número de casos, seguido de Médicos residentes (22%).

**TABLA N° 3.2: ACCIDENTES LABORALES POR EXPOSICION A FLUIDOS CORPORALES Y/O OBJETOS PUNZOCORTANTES SEGÚN SEXO**

Sexo	Salpicadura		Punzo cortantes		Total Mes	
	N°	%	N°	%	N°	%
Masculino	1	33	1	17	2	22
Femenino	2	67	5	83	7	78
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>100</b>	<b>6</b>	<b>100</b>	<b>9</b>	<b>100</b>

Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales - HNDM

En Enero 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 Femenino (78%), seguido del sexo masculino (22%).

**TABLA N° 3.3: ACCIDENTES LABORALES POR EXPOSICION A FLUIDOS CORPORALES Y/O OBJETOS PUNZOCORTANTES SEGÚN SERVICIO DE OCURENCIA**

Servicio donde ocurre el accidente	Salpicadura		Punzocortantes		Total Mes	
	N°	%	N°	%	N°	%
Emergencia Adultos	0	0	3	50	3	33
UCI General	2	67	1	17	3	33
Cirugía H-4	1	33	0	0	1	11
Obstetricia H-2	0	0	1	17	1	11
Santo Toribio	0	0	1	17	1	11
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>100</b>	<b>6</b>	<b>100</b>	<b>9</b>	<b>100</b>

Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales - HNDM

Se observa que los servicios más expuestos a la ocurrencia de accidentes laborales ha sido Emergencia Adultos y/o Unidad de cuidados intensivos (33%) respectivamente.

**TABLA N° 3.4: CIRCUNSTANCIAS ASOCIADAS A LOS ACCIDENTES LABORALES POR EXPOSICION A FLUIDOS CORPORALES Y/O OBJETOS PUNZOCORTANTES**

Circunstancias asociadas a los accidentes	Salpicadura		Punzocortantes		Total Mes	
	N°	%	N°	%	N°	%
Durante un procedimiento (adm. Tipo, inserción cvp, cvc, etc.)	3	100	1	17	4	44
Durante procedimiento de sutura	0	0	1	17	1	11
Durante procedimiento de toma de muestra de AGA	0	0	1	17	1	11
Material fue dejado en lugar inadecuado	0	0	1	17	1	11
Durante procedimiento de toma de muestra de Hemoglutest	0	0	1	17	1	11
Durante el uso del material	0	0	1	17	1	11
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>100</b>	<b>6</b>	<b>100</b>	<b>9</b>	<b>100</b>

Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales - HNDM

Otro aspecto importante para el análisis son las circunstancias en las que se desarrolla el accidente por exposición a Fluidos Biológicos y/o exposición a objetos punzocortantes; apreciándose que las circunstancias estuvo relacionado al procedimiento de administración de tratamiento, inserción de cvp, cvc etc. (44%).

**TABLA N° 3.5: TURNOS ASOCIADOS A LOS ACCIDENTES LABORALES POR EXPOSICION A FLUIDOS CORPORALES Y/O OBJETOS PUNZOCORTANTES NOVIEMBRE – 2017**

Turno en que sucedió el accidente	Salpicadura		Punzocortantes		Total Mes	
	N°	%	N°	%	N°	%
Mañana	2	67	3	50	5	56
Tarde	0	0	0	0	0	0
Noche	1	33	3	50	4	44
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>100</b>	<b>6</b>	<b>100</b>	<b>9</b>	<b>100</b>

Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales - HNDM

La información mostrada también se correlaciona con las actividades asistenciales dado que el mayor porcentaje de accidentes laborales por exposición a Fluidos biológicos y/o exposición a objetos punzocortantes se registraron durante los turnos matutinos (56%), seguido de los turnos nocturnos (44%).

**TABLA N° 3.6: GRADO DE ACCIDENTE ASOCIADO A LOS ACCIDENTES LABORALES POR EXPOSICION A OBJETOS PUNZOCORTANTES**

Grado de accidente	Punzocortantes	
	N°	%
Superficial	5	83
Moderado	1	17
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100</b>

Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales - HNDM

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

Las definiciones de severidad de accidentes están en relación al sangrado posterior al hecho, siendo superficial (sin sangrado 83%), moderado (con perforación superficial, escaso sangrado 17%).

**TABLA N° 3.7: ESTADO DE VACUNA ASOCIADOS A LOS ACCIDENTES LABORALES POR EXPOSICION A FLUIDOS CORPORALES Y/O OBJETOS PUNZOCORTANTES**

Estado de vacunación para VHB en el trabajador	Salpicadura		Punzocortantes		Total Mes	
	N°	%	N°	%	N°	%
Una dosis	0	0	2	33	2	22
Dos dosis	0	0	0	0	0	0
Tres dosis	3	100	4	67	7	78
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>100</b>	<b>6</b>	<b>100</b>	<b>9</b>	<b>100</b>

Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales - HNDM

En lo referente a la protección basada en la vacunación contra la Hepatitis B en Enero del presente año, se observa que el 78% de los trabajadores de salud expuestos cuenta con las dosis completas de vacuna de Hepatitis B y el 22% de los trabajadores expuestos no cuenta con las dosis completas de vacuna de hepatitis B.

**TABLA N° 3.8: TIPO DE DISPOSITIVO ASOCIADOS A LOS ACCIDENTES LABORALES POR EXPOSICION A OBJETOS PUNZOCORTANTES**

Tipo de dispositivo que ocasionó el accidente laboral	Punzocortantes	
	N°	%
Aguja hueca	4	67
Quirúrgico	2	33
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100</b>

Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales - HNDM

El 67% de los Accidentes laborales por exposición a objetos punzocortantes fueron ocasionados por aguja hueca, seguido de dispositivo quirúrgico (33%).

**TABLA N° 3.9: DISPOSITIVOS ESPECIFICOS ASOCIADOS A LOS ACCIDENTES LABORALES POR EXPOSICION A OBJETOS PUNZOCORTANTES**

Especificar el dispositivo que se uso	Punzocortantes	
	N°	%
Agujas hipodérmicas solas	2	33
Jeringa Descartable	1	17
Lanceta de punción de dedo o talón	1	17
Aguja de sutura	1	17
Agujas de catéter EV	1	17
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100</b>

Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales - HNDM

En Enero del presente año, el dispositivo específico al que estuvieron relacionados los accidentes laborales por exposición a objetos punzocortantes fue por agujas hipodérmicas (33%).

**TABLA N° 3.10: ZONA DE LOCALIZACIÓN ASOCIADOS A LOS ACCIDENTES LABORALES POR EXPOSICION A OBJETOS PUNZOCORTANTES**

Zona de Localización del Accidente	Punzocortantes	
	N°	%
Índice izquierdo, palma	2	33
Pulgar derecho, palma	2	33
Índice derecho, palma	1	17
Dedo medio izquierdo, palma	1	17
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100</b>

Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales - HNDM

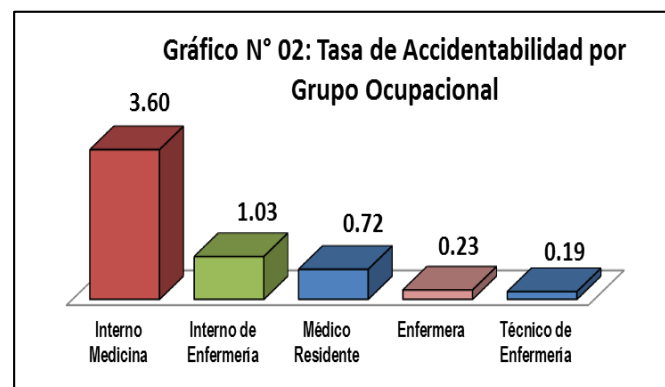
El 33% de los Accidentes por exposición a objetos punzocortantes según localización de la lesión se presentó en dedo índice izquierdo, palma y/o dedo pulgar derecho, palma respectivamente.

**TABLA N° 3.11: TASA DE ACCIDENTABILIDAD POR GRUPO OCUPACIONAL**

Grupo Ocupacional	N°	Población	Tasa
Interno Medicina	4	111	3.60
Interno de Enfermería	1	97	1.03
Médico Residente	2	276	0.72
Enfermera	1	440	0.23
Técnico de Enfermería	1	536	0.19
<b>TOTAL</b>	<b>9</b>		

Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales - HNDM

**GRÁFICO N° 3.2: TASA DE ACCIDENTABILIDAD POR GRUPO OCUPACIONAL**



Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales - HNDM

Se observa que la Tasa de Accidentabilidad por accidentes de trabajo más alta se ha presentado en el Grupo Ocupacional de los Internos de Medicina (3.60%), seguido de los Internos de Enfermería (1.03%).

#### 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 Enero del presente año, se ha notificado 02 muertes fetales, no se presentaron muertes neonatales.

**TABLA N° 4.1: MUERTES FETALES Y NEONATALES SEGÚN PESO AL NACER Y TIPO DE PARTO**

Peso/Denominación	Tipo Parto		Muerte Fetal			Tipo Parto		Muerte Neonatal			
	Vaginal	Cesárea	Anteparto	Intraparto	Total	Vaginal	Cesárea	< 24 Horas	1-7 Días	8-28 Días	Total
500 - 999 grs	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1000 - 1499 grs	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0
1500 - 1999 grs	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2000 - 2499 grs	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0
2500 - 2999 grs	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3000 - 3499 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>2</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

Fuente: Base de datos del VEA-HNDM.



La notificación de las defunciones fetales y neonatales, permite elaborar la matriz BABIES que relaciona la variable peso al nacer y momento de defunción. En Enero del presente año en la Tabla N° 01 (Aplicativo Analítico BABIES), se observa que el perfil epidemiológico de las 02 muertes fetales, presentan edad gestacional de 35 semanas, con pesos de 1480 – 2070 gramos; de las muertes fetales no se identifica la causa básica de muerte fetal, asimismo las madres poseen CPN insuficiente, siendo natimueertos de parto vaginal.

No se presentaron casos de Mortalidad 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.

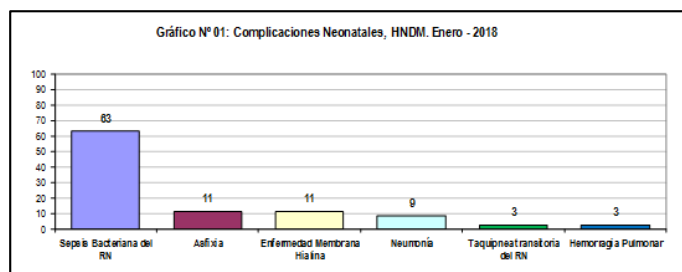
**TABLA 4.2: MUERTE FETAL SEGÚN CIE 10 Y PESO DE NACIMIENTO**

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	0	1	0	1	0	0	2
<b>TOTAL GENERAL</b>		<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>

Fuente: Base de datos del VEA-HNDM.

En Enero del presente año, según codificación CIE-10 las causas básicas de Mortalidad Fetal son de causa no especificada (100%).

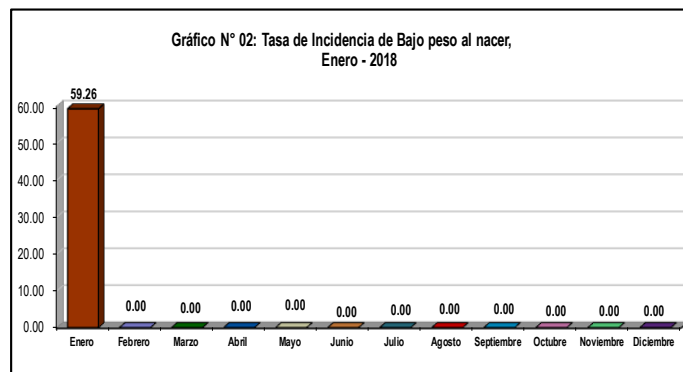
**GRÁFICO 4.1: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE TIPOS DE COMPLICACIÓN NEONATAL**



Fuente: Base de datos del VEA-HNDM.

Durante Enero del 2018 se atendieron 35 recién nacidos complicados. Las complicaciones más frecuentes siguen siendo la Sepsis Neonatal con 22 casos (63%), seguido de Asfixia Perinatal y/o Enfermedad membrana hialina 04 casos (11%) respectivamente (Ver Gráfico N° 01). No se presentaron casos de Muertes neonatales.

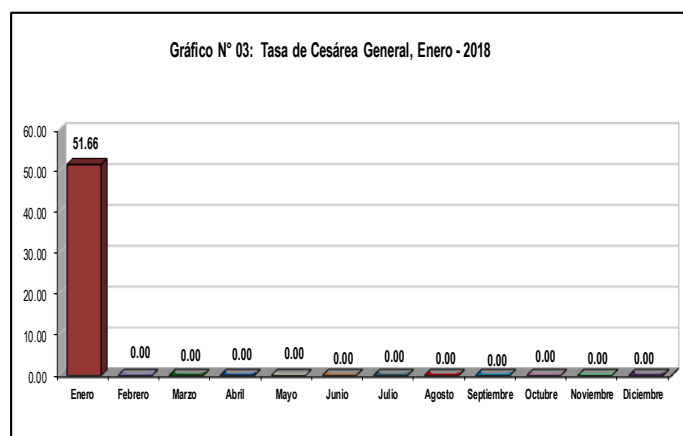
**GRÁFICO 4.2: TASA DE INCIDENCIA DE BAJO PESO AL NACER**



Fuente: Base de datos del VEA-HNDM.

En Enero del presente año, se observa que la Tasa de incidencia de bajo peso al nacer es de 59.26 x 1000 recién nacidos vivos.

**GRÁFICO 4.3: TASA DE CESÁREA GENERAL**

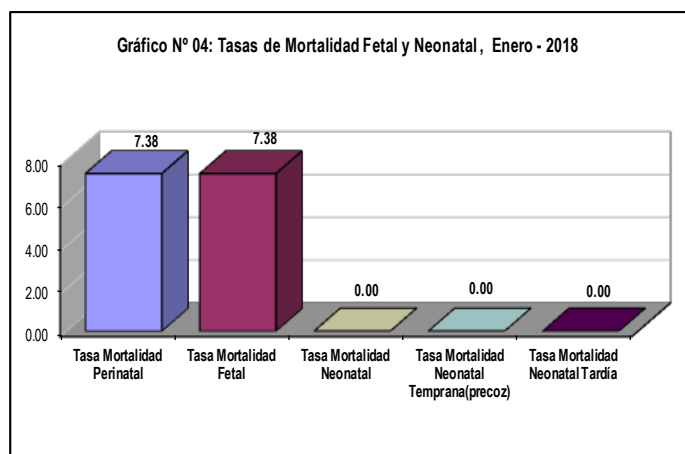


Fuente: Base de datos del VEA-HNDM.

La proporción de partos complicados sigue siendo alta (66.79%), dado que el HNDM es un Establecimiento de referencia nacional. En Enero la tasa de cesárea general fue de 51.66 %, el resto de partos fueron partos vaginales distócicos.

La tasa de cesárea en RN de bajo peso al nacer fue de 3.32%, 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 10.33% y la tasa de cesárea con RN macrosómico es de 7.01%.

GRÁFICO 4.4: TASA DE MORTALIDAD FETAL Y NEONATAL



Fuente: Base de datos del VEA-HNDM.

En relación a las Tasas de Mortalidad Perinatal, se puede apreciar en Enero del presente año, que la Tasa de Mortalidad Perinatal es de 7.38 x 1000 nacimientos, la Tasa de Mortalidad Fetal es de 7.38 x 1000 nacimientos; no hubieron casos de Muerte Neonatal.

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

CUADRO N° 6.1: EVALUACION POR DEPARTAMENTOS DEL MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS HOSPITALARIOS MES DE ENERO - 2018

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

En el mes de enero 2018, los departamentos de Especialidades médicas, Pediatría, Diagnóstico por Imágenes, Farmacia, Enfermería, Patología clínica y Banco de Sangre obtuvieron un puntaje de "Bueno" al 100% y el departamento de Odontología obtuvo un puntaje de "Regular" al 100% de los ítems de evaluación.

## ACTUALIDAD EN EPIDEMIOLOGÍA

### PERSPECTIVA HISTÓRICA DEL DESARROLLO DE *ACINETOBACTER BAUMANII*

La historia del género *Acinetobacter* data de comienzos del siglo XX, en 1911, cuando Beijerinck, un microbiólogo danés, describió un microorganismo al que llamó *Micrococcus calcoaceticus* que fue aislado del suelo tras enriquecerlo con un medio con contenido en calcio-acetato. En las siguientes décadas se describieron microorganismos similares, que se asignaron a al menos 15 géneros y especies diferentes, incluyendo *Diplococcus mucosus*, *Micrococcus calcoaceticus*, *Alcaligenes haemolysans*, *Mima polymorpha*, *Moraxella lwoffii*, *Herellea vaginicola*, *Bacterium anitratum*, *Moraxella lwoffii* var. *Glucidolytica*, *Neisseria winogradskyi*, *Achromobacter anitratum* y *Achromobacter mucosus*.

La designación actual del género, *Acinetobacter* (del griego ακίνητος [akinetos], inmóvil) fue inicialmente propuesta por Brisou y Prévot en 1954 para diferenciar los microorganismos móviles de los inmóviles dentro del género *Achromobacter*, aunque no fue hasta 1968 cuando esta designación del género fue más ampliamente aceptada. Baumann et al, publicaron un estudio en el que concluían que las diferentes especies mencionadas anteriormente pertenecían a un mismo género (para el que se propuso el nombre de *Acinetobacter*), y que no era posible realizar más subclasificaciones en diferentes especies basándose en características fenotípicas. Estos hallazgos resultaron en el reconocimiento oficial del género *Acinetobacter*.

*Acinetobacter* spp. es un patógeno oportunista que se ha relacionado con varios tipos de infecciones que afectan fundamentalmente a pacientes gravemente enfermos y/o ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos. Las infecciones nosocomiales en que se aísla *Acinetobacter* incluyen: neumonía asociada a ventilación mecánica, infecciones de piel y tejidos blandos, infecciones de heridas, infecciones del tracto urinario, meningitis postquirúrgicas o en relación con drenajes ventriculares y bacteriemias primarias. Estas infecciones

se atribuyen fundamentalmente a *A. baumannii*, aunque se han implicado también otras especies de *Acinetobacter*.

Los factores de riesgo que predisponen a los pacientes para la colonización o infección por cepas de *A. baumannii* multirresistente son similares a aquellos que se identifican para otros microorganismos multirresistentes, e incluyen: factores dependientes del huésped (cirugía mayor reciente, traumatismo, quemaduras) y factores externos (estancia hospitalaria prolongada, ingreso prolongado en UCI, ingreso en un servicio donde *A. baumannii* sea endémico, exposición a equipamiento médico contaminado, ventilación mecánica, uso de dispositivos intravasculares, sonda vesical, tubos de drenaje, tratamientos antimicrobianos previos

#### Referencia:

A. Hernández Torres; et al; *Acinetobacter baumannii* multirresistente: situación clínica actual y nuevas perspectivas; Rev Esp Quimioter;23(1):12-19; España 2010

Disponible en

[www.hdosdemayo.gob.pe](http://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. José Luis Bolarte Espinoza

**Equipo de Trabajo de Vigilancia Epidemiológica**

Dr. Jaime Alvarezcano Berroa

Dr. Marco Antonio Sánchez Ramírez

Dr. Cristhian Resurrección Delgado

Lic. Carmen Lam Villoslada

Lic. Rosario Mucha Huatuco

Lic. Mónica Barrientos Pacherras

Lic. Joel Cadillo Rivera

**Equipo de Trabajo Salud Ambiental**

Sr. Alfonso Rodríguez Ramírez

Ing. Eduardo Yactayo Infantes

Sr. Jaime Aparcana Moncada

Sr. Jaime Arce Veintemilla

Sr. Raúl Quispe Bocangel

**Equipo de Informática**

Sra. Andrea Ydoña Cuba

Ing. Estadística Marianela Narro Dueñas

Compilación y Edición

**Lima – agosto 2017**