



CONTENIDO:

EDITORIAL:

Pág. 1

1. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS

Pág. 2

2. DAÑOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA

Pág. 5

3. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE ACCIDENTES OCUPACIONALES

Pág. 7

4. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE INFECCIÓN POR VIH SIDA

Pág. 9

6. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE MORTALIDAD NEONATAL Y FETAL

Pág. 10

7. EVALUACIÓN POR DEPARTAMENTOS DEL MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS HOSPITALARIOS

Pág. 12

EDITORIAL

Enfermedad por Virus Zika: Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional

Zika en el idioma de Luganda significa "cubierto" es la denominación que se le da al virus que produce la enfermedad del mismo nombre por el lugar donde fue aislado por primera vez el virus, el Bosque "Zika" (Uganda) el año 1947 en el mono *Rhesus* mientras se realizaba estudios de fiebre amarilla selvática.

El virus Zika es un arbovirus del género *flavivirus* (familia *Flaviviridae*) muy cercano filogenéticamente a virus como el dengue, fiebre amarilla, la encefalitis japonesa o virus del Nilo Occidental. La enfermedad por virus Zika es transmitida por varios tipos del zancudo *Aedes*.

En 1952 se demostró la infección por Zika en estudios serológicos, aislándose por primera vez en muestras humanas en la década de 1960 en África y Sudeste de Asia. En el 2007 tuvo lugar el primer brote importante de infección por virus Zika en la Isla de Yap (Micronesia) que se prolongó durante 13 semanas. La tasa de Incidencia global fue de 14,6 por 1000 habitantes y estudios de seroprevalencia demostraron una infección en 73% en la población general en el mismo año. El vector posiblemente implicado fue *Aedes hensilli*, aunque no se pudo demostrar la presencia del virus en el mosquito. Durante el brote se diagnosticó a 74 pacientes con síndromes neurológicos luego de que manifestaran síntomas compatibles con infección por virus Zika. De éstos, 42 fueron clasificados como Síndrome de Guillain-Barré (SGB)

En el 2014 se identificó en la Isla de Pascua de Chile el primer caso de circulación autóctona en las Américas; la presencia del virus se reportó entre febrero y junio del mismo año. En mayo del 2015 las autoridades de salud pública de Brasil, confirmaron la transmisión autóctona de virus Zika en el noreste de Brasil. Asimismo en julio de 2015, la misma fuente informó la detección de pacientes con síndromes neurológicos que tenían historia reciente de infección por virus Zika, en el estado de Bahía. Se identificaron 76 pacientes con síndromes neurológicos, de los cuales 42 (55%) fueron confirmados como SGB. En octubre del mismo año el Centro Nacional de Enlace de Brasil notificó el incremento inusual de recién nacidos con Microcefalia en el estado de Pernambuco. Hasta la semana epidemiológica 04 del 2016, se reportaron 4783 casos de microcefalia, de los cuáles 76,7% (3670/4783) permanecen en investigación. Mientras que entre 2010 y 2014, a nivel nacional, se registraron 163 casos de microcefalia como promedio anual solamente.

La infección puede cursar de forma asintomática (80%), o presentarse con una clínica moderada. Los síntomas que se manifiestan en la fase aguda incluyen: fiebre, exantema macular o papular, conjuntivitis no purulenta predominantemente, entre otros se reportan mialgia, artralgia, dolor retroauricular y edema de miembros inferiores.

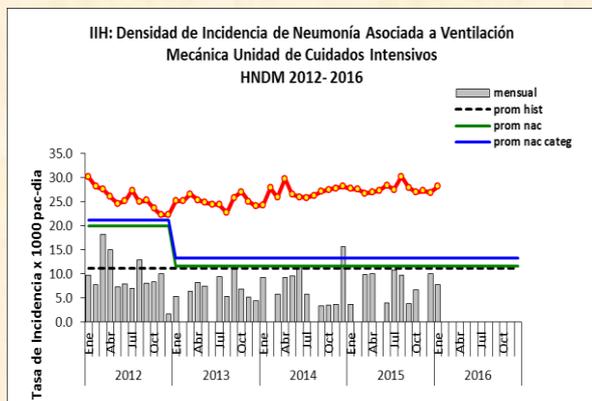
Actualmente 26 países/territorios en las Américas reportan transmisión de virus Zika. El principal vector en América que actualmente transmite el virus Zika es el zancudo *Aedes aegypti*, su rápida dispersión demuestra la potencialidad de este arbovirus para presentarse y propagarse ampliamente en nuestro territorio, además de sus posibles complicaciones.

Debido a la conglomerados de casos de microcefalia y de síndrome de Guillain-Barré que se han asociado temporalmente con la transmisión del virus del Zika en algunos entornos, la Secretaría General de la OMS convocó a la primera reunión del Comité de Emergencia de la OMS, el mismo que recomendó se declare que el conglomerado reciente de casos en mención notificados en el Brasil, constituye una emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII).

1. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS

Las Infecciones Intrahospitalarias (IIH) representan una de las notificaciones más importantes dentro de la Institución. En el presente boletín se presenta el comportamiento de las infecciones intrahospitalarias que tienen mayor frecuencia y las asociadas a factores de riesgo extrínsecos (procedimientos invasivos). Esta Información procede de una cobertura de vigilancia epidemiológica de 450 camas hospitalarias, de un total de 641 camas censadas según la Oficina de Estadística e Informática para el 2015.

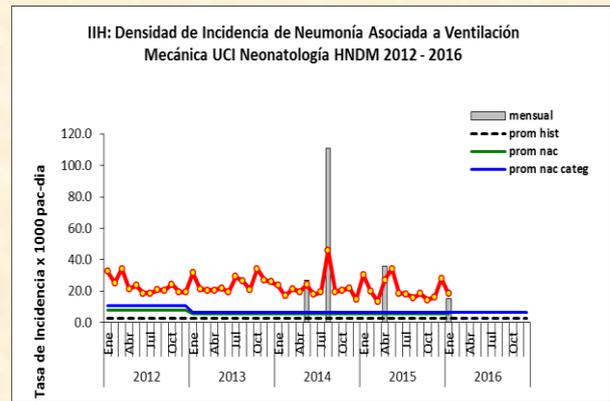
Figura N° 1: Densidad de Incidencia de Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica (NAV) – UCI. HNDM Enero 2012 – Enero 2016



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 hasta enero del año 2016, se ha mantenido por debajo del Promedio Nacional, del Promedio Histórico y del Promedio Nacional por Categoría. Durante el mes de enero del 2016, se han registrado dos casos de Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica que representa una tasa de densidad de incidencia de 7.81 x 1000 días VM; es importante resaltar que se mantuvieron durante el mes 25 pacientes sometidos a V.M., con 256 días de exposición.

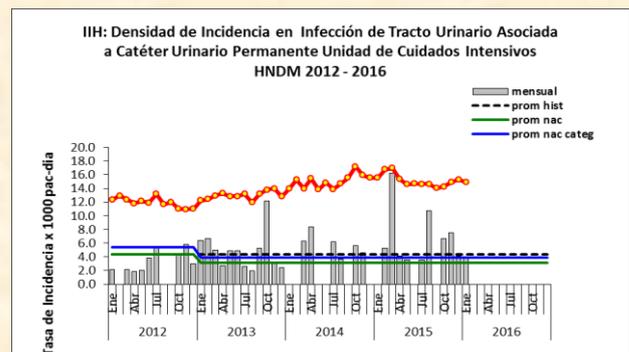
Figura N° 2: Densidad de Incidencia de Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica (NAV) – UCI Neonatal. HNDM. Enero 2012 – Enero 2016.



Fuente: Base de datos de VIIIH– HNDM

En la Unidad de Cuidados Intensivos de Neonatología se ha presentado un caso de Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica en pacientes neonatos durante el mes de enero del 2016, con una tasa de densidad de incidencia de 14.93 x 1000 días VM, se vigilaron 07 pacientes sometidos a 67 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.

Figura N°3: Densidad de Incidencia de Infección de Tracto Urinario Asociado a Catéter Urinario Permanente en la UCI. HNDM. Enero 2012 – Enero 2016



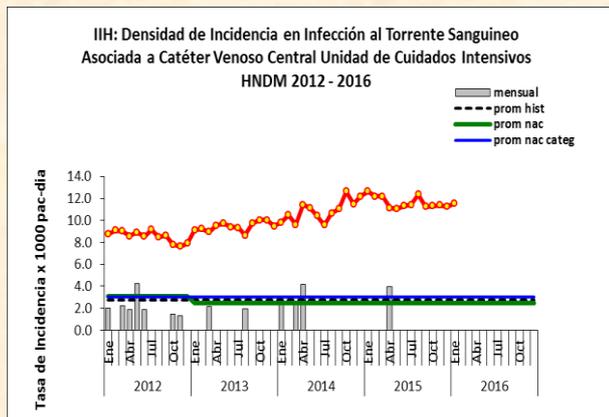
Fuente: Base de datos de VIIIH– HNDM

En la Unidad de Cuidados Intensivos durante el mes de Enero del año 2016, hubo una Infección Urinaria Asociada a Catéter Urinario Permanente, que representa una tasa de densidad de incidencia de 3.76 x 1000 días catéter. En el presente mes se identificaron 31 pacientes vigilados con 266 días de exposición.

La Infección urinaria asociada a catéter urinario en la actualidad plantea un problema clínico, epidemiológico

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

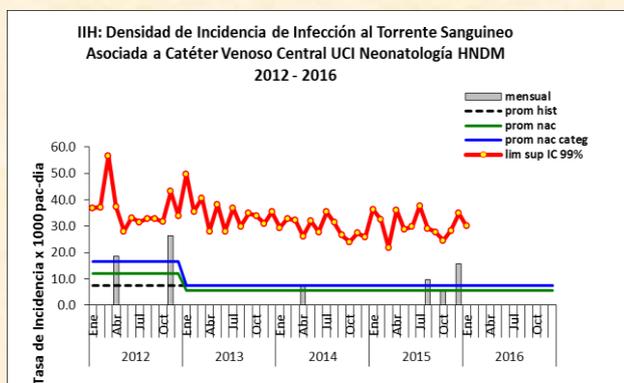
Figura N° 4: Densidad de Incidencia de Infección al Torrente Sanguíneo Asociada a Catéter Venoso Central UCI. HNDM. Enero 2012 – Enero 2016.



Fuente: Base de datos de VEA – HNDM

En relación a la Infección del Torrente Sanguíneo asociado a Catéter Venoso Central en la Unidad de Cuidados Intensivos no se presentaron casos durante el mes de enero del 2016, se mantuvieron en vigilancia 29 pacientes con 231 días de exposición. En ésta unidad se incide en el cumplimiento de las normas de bioseguridad durante la inserción y mantenimiento del catéter venoso central.

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

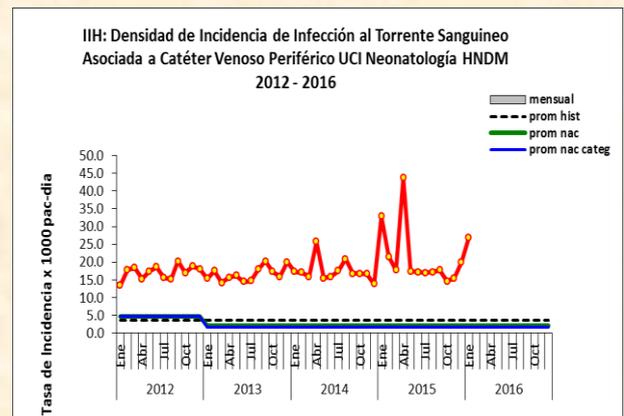


Fuente: Base de datos de VEA – HNDM.

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 2016. Estuvieron sometidos a vigilancia epidemiológica 06

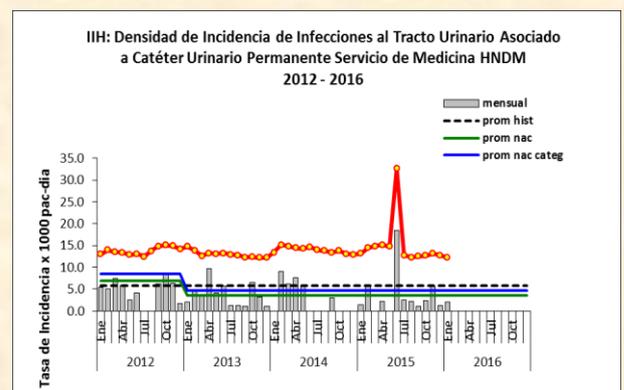
pacientes con 94 días de exposición. El fortalecimiento de las medidas de bioseguridad son las acciones de mayor impacto, lo cual se debe continuar para mantener la reducción de éste tipo de infecciones

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



En relación a las Infecciones de Torrente Sanguíneo Asociada a Catéter Venoso Periférico, en el mes de enero del año 2016 no se presentaron casos en Neonatos, se sometieron a vigilancia epidemiológica 18 pacientes con 59 días de exposición.

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

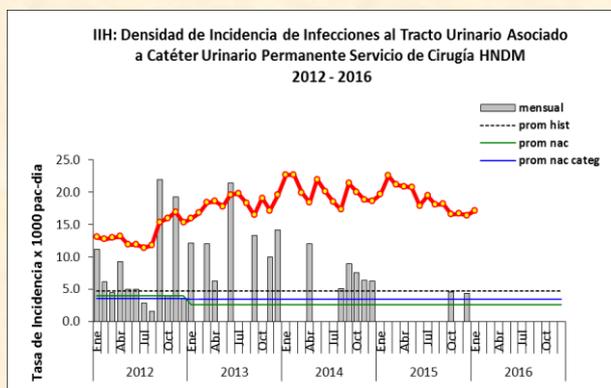


Fuente: Base de datos de VEA – HNDM.

Durante el mes de enero del año 2016 en el Departamento de Medicina, se han presentado dos casos de ITU asociada a CUP, que representa una tasa de densidad de incidencia de 2.09 x 1000 días catéter; se vigilaron 115 pacientes con 959 días de exposición.

Se implementará la metodología Bundle, mediante la aplicación de las listas de cotejo.

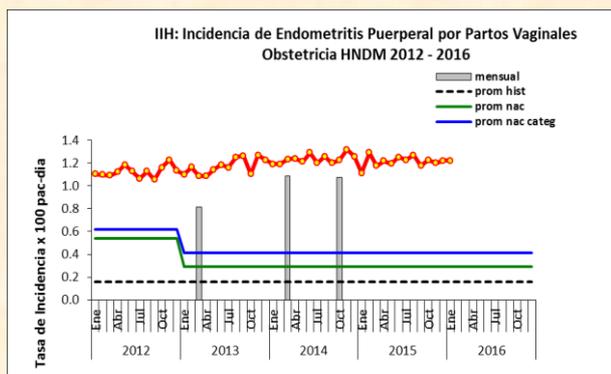
Figura N° 8: Densidad de Incidencia de Infecciones del Tracto Urinario asociado a Catéter Urinario Permanente. Servicio de Cirugía. HNDM. Enero 2012 – Enero 2016



Fuente: Base de datos de VEA – HNDM

En el Departamento de Cirugía durante el mes de enero del año 2016 no se han reportado casos de ITU asociada a CUP. Se han vigilado 42 pacientes con 201 días de exposición. Está pendiente la implementación de la metodología Bundle, mediante la aplicación de las listas de cotejo como medida preventiva.

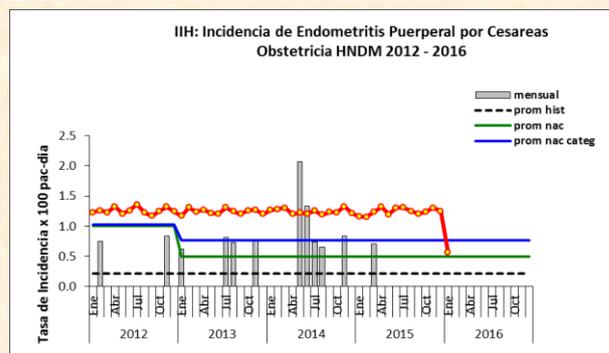
Figura N°9: Incidencia de Endometritis Puerperal por Partos Vaginales – Obstetricia. HNDM. Enero 2012- Enero 2016



Fuente: Base de datos de VEA – HNDM

Durante el mes de enero 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 94.

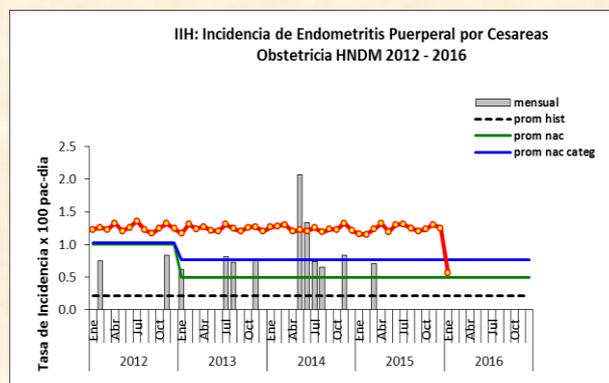
Figura N° 10: Incidencia de Endometritis Puerperal por Cesáreas – Obstetricia. HNDM. Enero 2012- Enero 2016



Fuente: Base de datos de VIII– HNDM

En el mes de enero 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 138 durante el mes de enero.

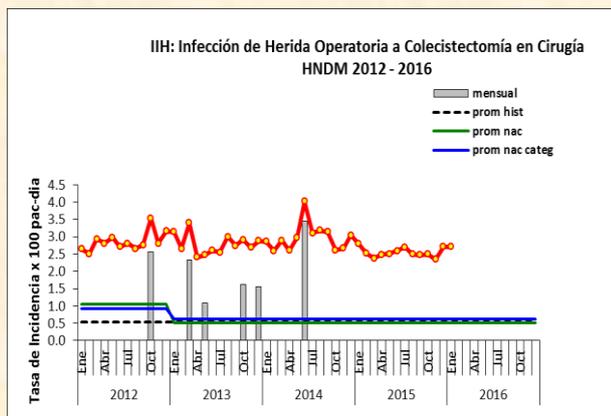
Figura N° 11: Incidencia de Infección de Herida Operatoria en Cesárea – Obstetricia. HNDM. Enero 2012- Enero 2016



Fuente: Base de datos de VEA – HNDM

En el mes de Enero 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 138 durante el mes de enero.

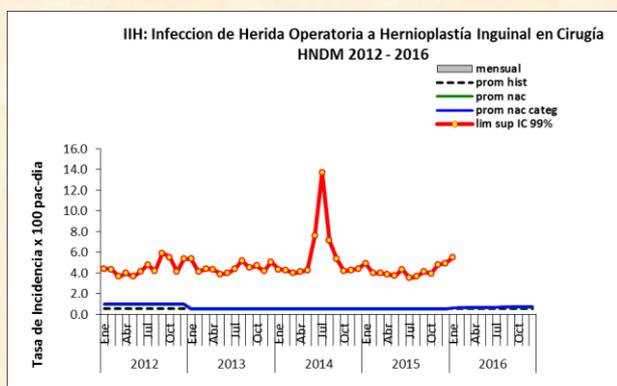
Figura N° 12: Incidencia de Infección de Herida Operatoria a Colectectomía en Cirugía. HNNDM. Enero 2012- Enero 2016



Fuente: Base de datos de VIIIH- HNNDM

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 74 pacientes sometidos a Colectectomía.

Figura N° 13: Incidencia de Infección de Herida Operatoria a Hernioplastía Inguinal en Cirugía. HNNDM. Enero 2012- Enero 2016



Fuente: Base de datos de VIIIH- HNNDM

En el presente gráfico observamos que no hay casos reportados de Infección de Sitio quirúrgico asociado a Hernio plastia Inguinal desde el año 2012 hasta el 2015, e inclusive en el mes de enero del 2016, se vigilaron 14 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.

2. DAÑOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA

En Enero del 2016 se notificaron un total de 9 casos de notificación obligatoria, de los cuales 4 fueron confirmados, 1 caso descartado y 4 casos probables, siendo el porcentaje de confirmación de 44%.

Tabla N° 1: Daños de Notificación obligatoria – HNNDM. Enero 2016

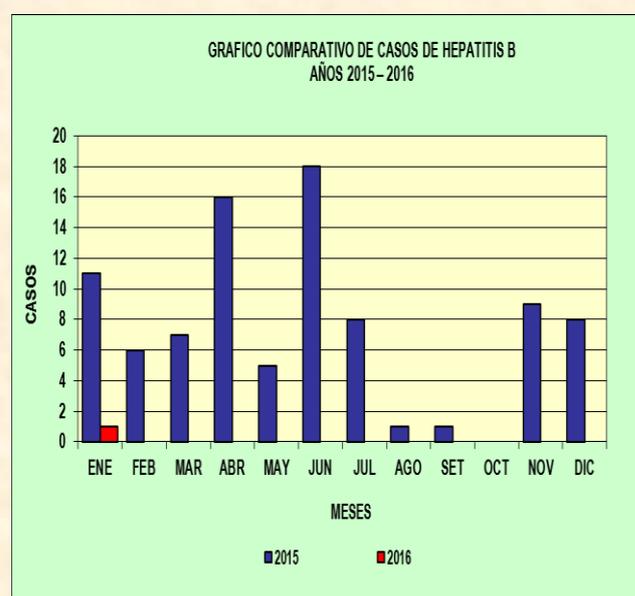
DAÑO	TIPO DE DIAGNÓSTICO			TOTAL
	C	D	P	
Dengue Sin Señales De Alarma	1		1	2
Influenza debida a virus de la influenza			2	2
Sífilis congénita	1			1
Muerte materna directa	1			1
Tos ferina		1		1
Hepatitis B	1			1
Leptospirosis			1	1
Total	4	1	4	9

* Tipo de Diagnostico

C: Confirmado P: Probable D: Descartado

Fuente: Base de datos de VEA – HNNDM

Figura N° 14: Casos de Hepatitis B según mes de ocurrencia. Diciembre 2015



Fuente: Base de datos de VEA – HNDM

En el mes de Enero 2016 se notificó 1 caso de Hepatitis, valor mucho menor que el identificado en Enero 2015. Cabe mencionar la continua coordinación con la estrategia de Procets para la notificación de pacientes con Hepatitis B. Asimismo el abastecimiento continuo de los reactivos para la identificación de pacientes infectados por el virus de Hepatitis B.

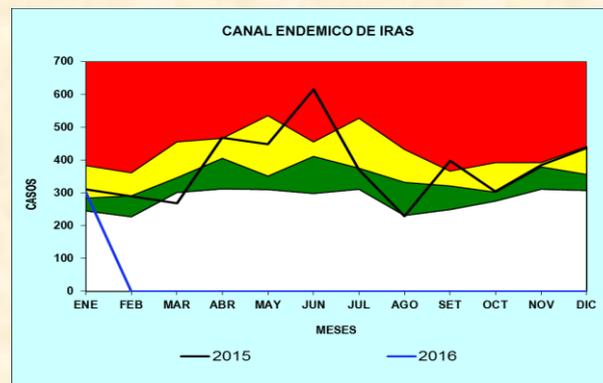
Tabla N° 2: Infecciones Respiratorias Agudas según Grupo de edad y Procedencia– HNDM. Enero 2016

DISTRITO	N° DE CASOS			Total
	<2 m	2-11 m	1-4 a	
LIMA	6	71	131	208
LA VICTORIA		28	34	62
EL AGUSTINO		5	2	7
SAN LUIS		3	3	6
SAN JUAN DE LURIGANCHO		2	3	5
SANTA ANITA		1	2	3
VILLA EL SALVADOR			3	3
ATE		2	1	3
LOS OLIVOS		1	1	2
TRANSITO			1	1
JESUS MARIA			1	1
SAN BORJA		1		1
COMAS			1	1
MAGDALENA VIEJA		1		1
TOTAL GENERAL	6	115	183	304

Fuente: Base de datos de VEA – HNDM

Se observa que en Enero del 2016 el grupo de edad de mayor demanda por IRA fue el de niños de 1-4 años, representando el 60.2% del total de atenciones y los distritos de mayor procedencia fueron Lima y La Victoria, por ser distritos aledaños al hospital.

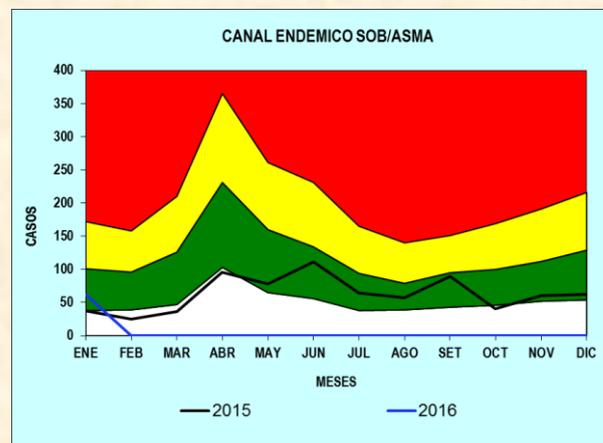
Figura N° 15: Canal Endémico de la demanda de atención de casos de Infecciones Respiratorias Agudas HNDM. Enero 2015 - Enero 2016



Fuente: Base de datos de VEA – HNDM

Respecto a las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), durante el mes Enero 2016 se notificaron 304 atenciones; casi similar al mismo mes del año pasado (311) e inferior al mes de Diciembre 2015 (437), observándose un notorio descenso con respecto al mes anterior.

Figura N° 16: Canal Endémico de la demanda de atención por Síndrome Obstrutivo Bronquial/ Asma HNDM. A Enero 2016

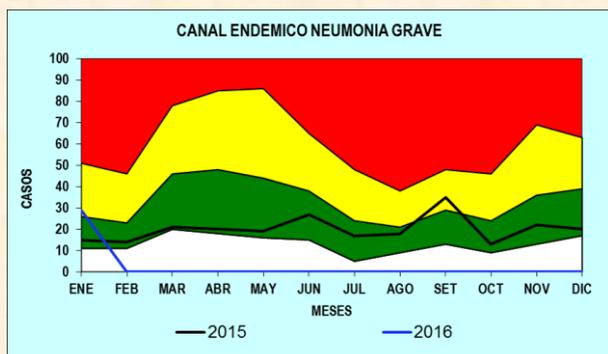


Fuente: Base de datos de VIIIH– HNDM

Se observa que en Enero 2016 se reportaron 62 atenciones por SOB/Asma superior a las atenciones reportadas en Enero 2015 y similar a las reportadas en Diciembre 2015. De los 62 pacientes, el 53% se encuentra entre los 2 a 4 años. La procedencia de los pacientes es de Lima Cercado con un 79%.

Figura N° 16: Canal Endémico de la demanda de Hospitalización por Neumonía Grave HNDM. A Enero

2016.

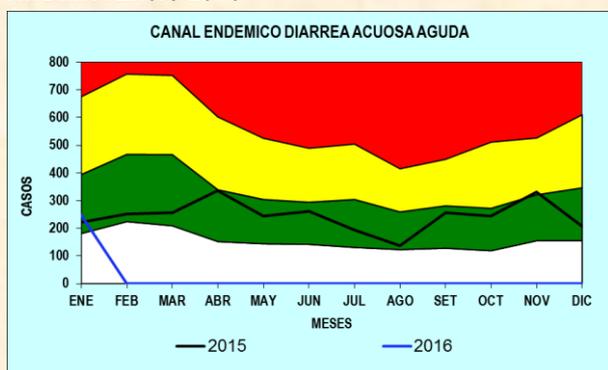


Fuente: Base de datos de VIIIH- HNDM

En relación a las Neumonías Graves, se evidencia que en Enero 2016 se reportaron 29 pacientes hospitalizados por este diagnóstico, cifra que supera a los reportados en Diciembre 2015 y duplica a los reportados en Enero de 2015.

Es importante destacar que del total de reportados, 20 pertenecen al grupo etáreo menor a 5 años, de los cuales el grupo más afectado es el que se encuentra entre 1 y 4 años (14) que representa un 70%, seguido de los que se encuentran entre 2m y 11 meses (6) que corresponde al 30% de total de los reportados.

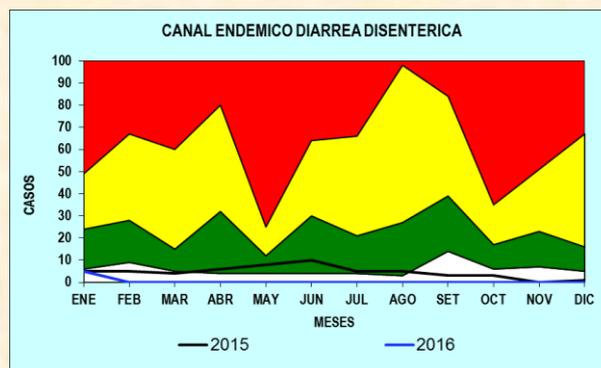
Figura N° 17: Canal Endémico de la demanda de atención por Enfermedad Diarreica Aguda Acuosa HNDM. A Enero 2016



Fuente: Base de datos de VEA – HNDM

Respecto a la Enfermedad Diarreica Aguda Acuosa en el mes de Enero 2016 se notificaron un total de 250 atenciones superando a las realizadas en Enero 2015 (222) y Diciembre 2015 (206). Observamos también no se ha detectado conglomerados ni brotes de EDA Acuosa.

Figura N° 18: Canal Endémico de la demanda de atención por Enfermedad Diarreica Aguda Disentérica HNDM. A Enero 2016.



Fuente: Base de datos de VIIIH- HNDM

Respecto a la Enfermedad Diarreica Aguda Disentérica en el mes de Enero 2016 se notificaron un total de 5 atenciones, similar al mes de Enero 2015 y superior al mes de Diciembre del 2015 (01). Las atenciones procedieron de los distritos de Lima y La Victoria y se presentaron en los tres grupos etáreos considerados para vigilancia.

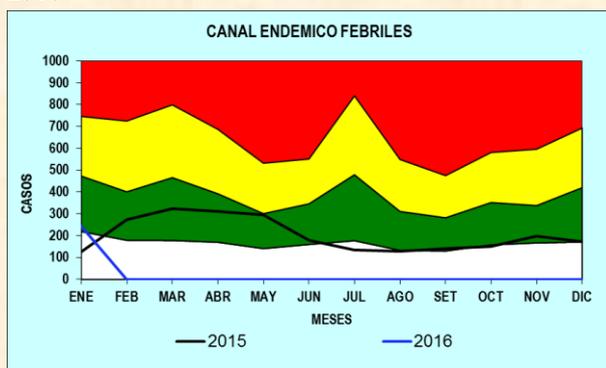
Tabla N° 3: Casos de Febriles según Grupo Etáreo y Distrito De Procedencia- Hospital Nacional Dos de Mayo – Enero-2016

DISTRITO	Nº DE CASOS						Total
	< 1 a	1-4 a	5-9 a	10-19 a	20-59 a	60 a +	
LIMA	37	83	41	24	16	6	207
LA VICTORIA	5	10	3	1	0	1	20
SAN LUIS	0	4	1	0	0	0	5
EL AGUSTINO	2	1	1	0	0	0	4
ATE	1	2	0	0	0	1	4
SAN JUAN DE LURIGANCHO	0	0	2	0	1	0	3
SAN BORJA	0	0	1	0	0	0	1
SAN MARTIN DE PORRES	0	0	0	1	0	0	1
BREÑA	0	1	0	0	0	0	1
Total general	45	101	49	26	17	8	246

Fuente: Base de datos de VEA – HNDM

Se observa que en Enero de 2016 el grupo de edad más afectado fue el de niños de 1-4 años, representando el 41% del total de casos, y los distritos de mayor procedencia son Lima y La Victoria.

Figura N° 19: Canal Endémico Febriles. HNDM. 2016



Fuente: Base de datos de VEA – HNDM

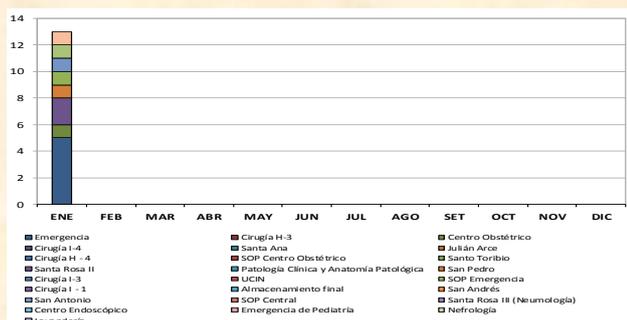
Durante el mes de Enero 2016, se reportó 246 casos de febriles, observándose que supera a los reportados en enero 2015 (125) y al mes de diciembre 2015(174). Teniéndose en cuenta además que es en los meses de verano es donde se han notificado el mayor número de casos de febriles.

3. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE ACCIDENTES OCUPACIONALES

En Enero del 2016, se notificaron 11 casos de Accidentes Laborales por exposición a Fluidos biológicos y/o Objetos punzocortantes, de los cuales 09 casos fueron ocasionados por exposición a objetos Punzocortantes (82%) y 02 casos fueron originados por exposición a Fluidos Biológicos – Salpicaduras (18%).

Durante Diciembre 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 (72%), siendo los Internos de Medicina y/o Médicos residentes (27%) los que presentan el mayor número de casos respectivamente.

Figura N° 20: Accidentes Laborales por Exposición a Fluidos Biológicos y/o Objetos Punzocortantes según servicios de Ocurrencia– HNDM. Enero – 2016.



Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales - HNDM

Los servicios con mayor frecuencia de casos de accidentes laborales durante este mes de Enero fueron Emergencia Adultos y Traumatología con un 23% y 15% respectivamente. Según la tendencia por meses de accidentes laborales se evidencia que el servicio de Emergencia Adultos es el que viene presentando una mayor ocurrencia de accidentes laborales (38%), por lo que es necesario fortalecer las actividades de supervisión y/o monitoreo de los procedimientos de atención.

Tabla N° 4: Accidentes Laborales por Exposición a Objetos Punzocortantes según Circunstancias - HNDM. Diciembre - 2015.

Circunstancias asociadas a los accidentes	S	%	P	%	N° ACUM.	%
Durante procedimiento de toma de muestra de AGA	1	20	0	0	1	8
Durante un procedimiento (adm. Tto., inserción cvp, cvc, etc.)	2	40	1	13	3	23
Durante procedimiento de sutura	2	40	0	0	2	15
Después de uso de material, antes de descartarlo	0	0	2	25	2	15
Al re encapsular una aguja usada	0	0	2	25	2	15
Durante segregación de residuos hospitalarios	0	0	1	13	1	8
Durante procedimiento Quirúrgico	0	0	2	25	2	15
Total	5	100	8	100	13	100

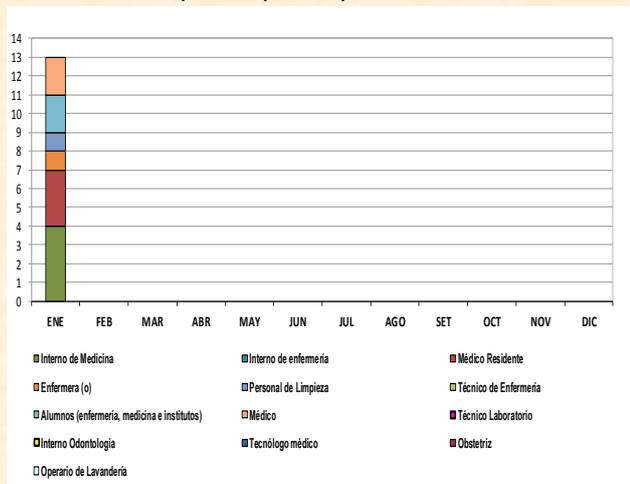
Tipo de Exposición: S: sangre P: Punzocortantes

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 ocupa el primer lugar los procedimientos de administración de tratamiento, inserción de cvp, cvc etc con una incidencia acumulada de 23%, seguido del procedimiento de sutura, toma de muestra y/o después uso de material, antes de descartarlo y al reencapsular aguja usada con un 15% respectivamente. A diferencia de lo evidenciado en el mes de Diciembre 2015 en que ocupó el primer lugar procedimiento de sutura.

“Todo accidente ocupacional con objetos punzocortantes o fluidos biológicos debe ser notificado de inmediato a la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental del Hospital, para la atención inmediata y tomar las medidas de prevención y control”.

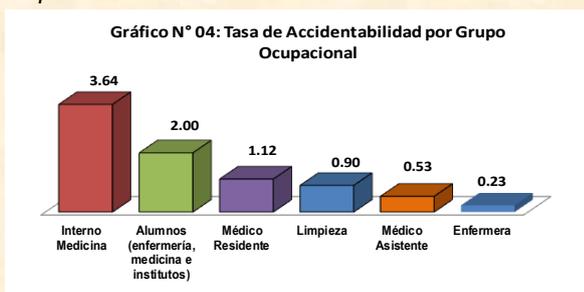
Figura N° 21: Tendencia de los Accidentes Laborales por exposición a Fluidos Biológicos y/o Objetos Punzocortantes por Grupo Ocupacional. Enero – 2016.



Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales - HNDM

En el mes de Enero 2016 se evidenció que en la tendencia por meses y distribución por Grupo Ocupacional de Accidentes Laborales por exposición a Fluidos Biológicos y/o Objetos punzocortantes los Internos de Medicina presentan el mayor número de casos (31%), seguido de los Médicos residentes (23%) por lo que es necesario reforzar la capacitación a estos grupos ocupacionales así como a las medidas monitoreo y supervisión.

Figura N° 22: Tasa de Accidentalidad por Grupo Ocupacional. Diciembre - 2015



Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales – HNDM.

En el mes de Enero 2016 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 (3.64%), seguido de los Estudiantes (2.00%). Evidenciándose una reducción notoria en los Internos de Medicina en comparación con la notificada en Enero 2015 (8.18%).

4. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE CASOS DE VIH-SIDA

Es conocido que el VIH-SIDA El VIH y Sida no discrimina raza, sexo, edad, religión, posición social, orientación sexual, ni ubicación geográfica. El Perú desde 1983 es uno de los países del mundo que ha tenido el reto de prevenir y controlar esta epidemia.

Según una publicación de la revista Journal of the American Medical Association (JAMA) el Perú es uno de los 10 países en el mundo que más rápido ha reducido los índices de mortalidad por SIDA en el periodo 1990-2013 y si bien una de las estrategias fundamentales para alcanzar ese logro el acceso a medidas preventivas; mas aún lo es el acceso al tamizaje a través de las pruebas rápidas de diagnóstico y el acceso temprano al tratamiento antirretroviral gratuito por parte del Estado. Asimismo el Perú ha reducido las nuevas infecciones en más de un 50% en el periodo 2000 – 2011, que se evidencia en la reducción de la tasa de incidencia, es decir de nuevas infecciones en la población clave (población de hombres que tienen sexo con hombres), que se redujo de 12.4 a 5.2 por 100 personas/ año en ese periodo.

Por todo ello es importante realizar la notificación oportuna de casos por enfermedad por VIH-SIDA en el HNDM, para realizar un adecuado seguimiento de los mismos de modo que se identifique de manera oportuna las debilidades en la vigilancia, se implementen medidas y/o fortalezcan las ya existentes desde el diagnóstico hasta el tratamiento de sus complicaciones.

Tabla N 5: Casos de VIH – Sida según Distrito De Procedencia. HNDM. Enero 2016

MOTIVO DE NOTIFICACION	Nº	%
INFECCION VIH	12	86
SIDA	2	14
EXPOSICION PERINATAL		
FALLECIDOS		
TOTAL	14	100

Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales - HNDM

En el mes de Enero 2016 se observa que el número de casos fue de 14. De ellos diagnosticados, el 86% fue diagnosticado en estadio VIH.

Tabla N°6: CASOS DE VIH – SIDA SEGUN GRUPO ETAREO

GRUPO ETAREO	VIH/SIDA	
	Nº	%
MENOR 1 AÑO		
1-4 AÑOS		
5-9 AÑOS		
10-19 AÑOS		
20-39 AÑOS	7	50
40-64 AÑOS	7	50
65 AÑOS A MAS		
TOTAL	14	100

Fuente: Vigilancia de tuberculosis en el personal de Salud- HNDM

El 100% de los pacientes diagnosticados con VIH-SIDA pertenece al grupo etáreo comprendido entre los 29 y 64 años.

Tabla N° 7: Distritos de procedencia de pacientes diagnosticados con VIH-SIDA en el HNDM. Enero 2016

DISTRITO	VIH/SIDA	
	Nº	%
LIMA	6	43
ATE VITARTE	3	21
SAN JUAN DE LURIGANCHO	2	14
LA VICTORIA	1	7

SURQUILLO	1	7
EL AGUSTINO	1	7
TOTAL	14	100

Fuente: Vigilancia de tuberculosis en el personal de Salud- HNDM

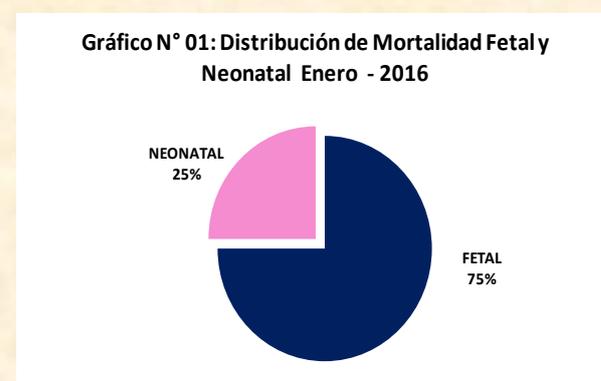
Un 43% de los pacientes diagnosticados con VIH-SIDA pertenece a Lima Cercado, acorde con la mayor demanda de atenciones que presenta ese distrito.

5. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA MORTALIDAD NEONATAL Y FETAL

La Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Neonatal y Perinatal ha permitido caracterizar el perfil epidemiológico de la mortalidad en este grupo de edad en la Institución.

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

Figura N° 23: Distribución de Muertes Fetales y Neonatales – HNDM Enero 2016

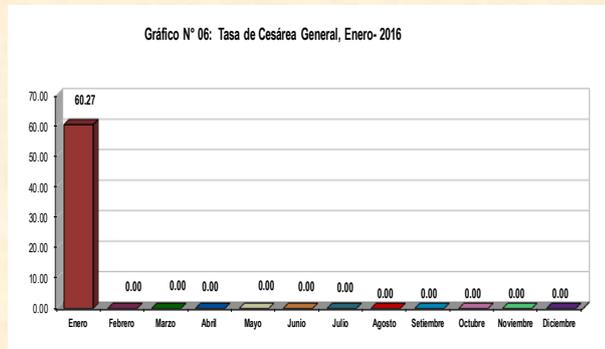


Fuente: Vigilancia Epidemiológica Mortalidad Perinatal – HNDM

En el mes de Enero del 2016 se notificaron 04 casos de Mortalidad Perinatal, siendo 03 Muertes Fetales (75%) y una Muerte Neonatal (25%). A diferencia de lo

notificado en el mes de diciembre 2015, donde se notificaron 03 casos de Mortalidad Neonatal y 01 caso de Muerte Fetal.

Figura N° 24: Tasa General de Cesárea – HNDM. De Enero 2016.



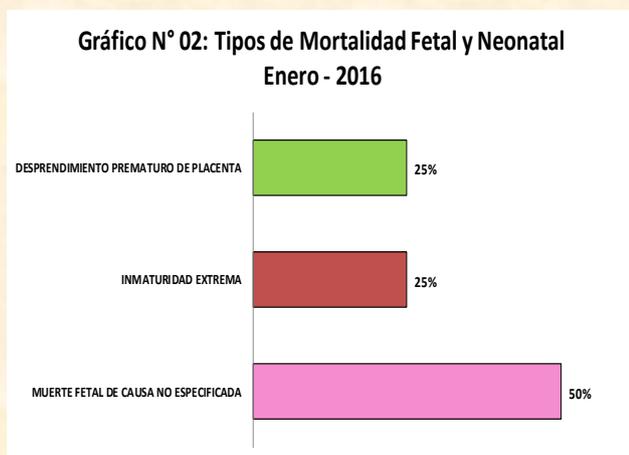
Fuente: Vigilancia Epidemiológica Mortalidad Perinatal – HNDM

En el mes de Enero 2016 la **tasa de cesárea general fue de 61.16 %**. Similar a los meses de Mayo (60.89%), Octubre (61.21%) y Diciembre 2015 (59.05%).

La **proporción de partos complicados continua siendo alta (70.54%)**, dado que el HNDM es un Establecimiento de referencia nacional. Similar a los meses de Mayo (60.89%), Octubre (61.21%) y Diciembre 2015 (59.05%).

Para el mes de Enero 2016 la tasa de cesárea en RN de bajo peso al nacer fue de 4.91 %, 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 5.80% y la tasa de cesárea con RN macrosómico es de 4.02%.

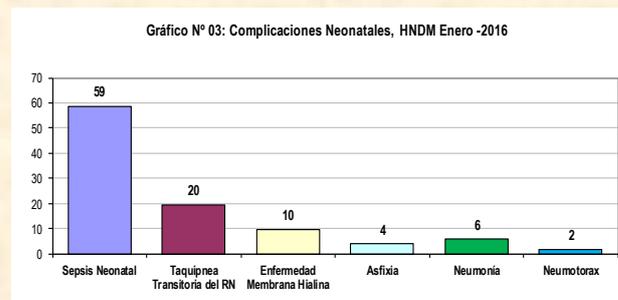
Figura N°25: Tipos de mortalidad Fetal y Neonatal de Enero 2016.



Fuente: Vigilancia Epidemiológica Mortalidad Perinatal – HNDM

Del total de casos de Mortalidad Perinatal del mes de Enero 2016, se puede observar que las Muerte Fetal de causa no especificada tiene un mayor porcentaje en comparación a Prematuridad extrema y Desprendimiento Prematuro de Placenta que presentan similar número de casos(25%) respectivamente.

Figura N° 26: Complicaciones Neonatales – HNDM. Enero 2016.

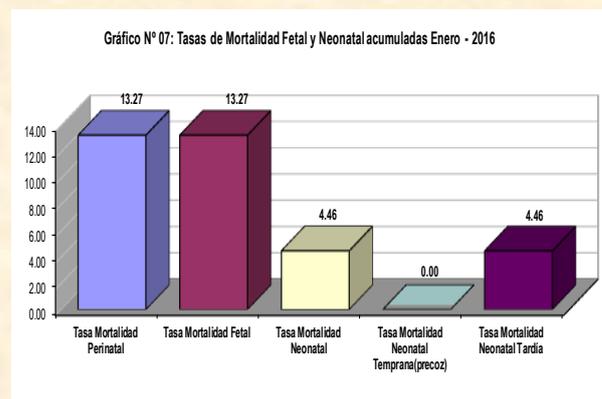


Fuente: Vigilancia Epidemiológica Mortalidad Perinatal – HNDM

Durante Enero del presente año se atendieron 31 recién nacidos complicados; con una Muerte neonatal. Las complicaciones más frecuentes siguen siendo la Sepsis Neonatal con 30 casos (59%), seguido de la Taquipnea transitoria del RN (20%). La tasa de letalidad fue de 1.96.

La Sepsis neonatal de aparición temprana se presenta más a menudo dentro de las 24 horas después del nacimiento. El bebé contrae la infección de la madre antes o durante el parto.

Figura N° 27: Tasa de Mortalidad Fetal y Neonatal – HNDM. Enero 2016.



Fuente: Vigilancia Epidemiológica Mortalidad Perinatal – HNDM

En relación a Tasas de Mortalidad se puede apreciar en Enero 2016, que la Tasa de Mortalidad Perinatal es de 13.27 x 1000 nacimientos, la tasa de Mortalidad Neonatal fue de 4.46 x 1000 RN Vivos, la tasa de mortalidad neonatal tardía es de 4.46 x 1000 RN Vivos;

la Tasa de Mortalidad Fetal es de 13.27 x 1000 nacimientos superior a la registrada en Diciembre 2015 (4.82 x 1000 nac). La tasa de Mortalidad Neonatal Precoz es 0 a diferencia del mes anterior donde se alcanzó 5.18 x 1000 RN vivos.

5. EVALUACIÓN POR DEPARTAMENTOS DEL MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS HOSPITALARIOS

Tabla N° 08: Manejo de Residuos sólidos hospitalarios según Departamentos – HNDM. Diciembre 2015.

DEPARTAMENTOS	CALIFICACION (%)		
	B	R	M
Dpto. de Medicina	60	40	
Dpto. de Especialidades Medica	50	50	
Dpto. de Cirugía	83	17	
Dpto. de Gineco Obstetricia		100	
Dpto. de Pediatría	50	50	
Dpto de Odontostomatología		100	
Dpto. de Diagnóstico Por Imágenes		100	
Dpto. de Enfermería	100		
Dpto. de Anestesiología y Centro Qx.	33	67	
Dpto. de Emergencia		50	50
Dpto. de Farmacia	100		
Dpto. de Patología Clínica	50	50	
Dpto. de Banco de Sangre y Hem.	100		
Dpto. de Cirugía de Tórax y Cardiov.	50	50	

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

Fuente: Equipo de Trabajo Salud Ambiental OESA

En la evaluación del manejo de residuos sólidos, en el mes de Enero 2016, los departamentos de Odontostomatología, Enfermería, Farmacia y Banco de Sangre obtuvieron la mejor calificación representando el 21.4% de la totalidad de departamentos.

El 78.5% (11) del total de departamentos del HNDM, se encuentran realizando un regular manejo de los residuos sólidos hospitalarios:

- Los Dptos de Gineco - Obstetricia, Odontostomatología y Diagnóstico por Imágenes obtuvieron la calificación regular al 100% de la evaluación.

- 3 departamentos comparten calificación entre bueno y regular predominado la calificación buena en la distribución de los porcentajes.
- En el Dpto de Anestesiología y centro Qx predomina la calificación regular
- 3 Dptos comparten similar calificación entre Bueno y regular (50%)
- 1 departamento de Emergencia comparte calificación entre regular y malo (50%).

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

- La inadecuada segregación, debido a que el personal de salud no viene desechando adecuadamente los residuos de acuerdo a su clasificación.
- El consumo de alimentos por el personal de salud en áreas prohibidas y en horas de trabajo.
- El consumo de alimentos de dudosa procedencia y elaborados por terceros, por los pacientes hospitalizados y el personal de salud.

Por todo ello es necesario se refuercen las medidas para contrarrestar estos resultados, que abarque más allá de las capacitaciones sino que incorpore medidas de monitoreo y/o supervisión y sanción de ser necesario.

Tener una cultura de prevención en todos los grupos ocupacionales fortalecerá la implementación de las medidas de manejo de residuos sólidos.

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

Director

Dr. José Luis Bolarte Espinoza

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

Dr. Jaime 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

Sr. Juan del Águila Arévalo

**Equipo de Trabajo Salud
Ambiental**

Sr. Alfonso Rodríguez Ramírez

Ing. Eduardo Yactayo Infantes

Sr. Jaime Aparcana Moncada

Sr. Jaime Arce Veintemilla

Sr. Raúl Quispe Bocangel

Equipo de Informática

Sra. Andrea Ydoña Cuba

Secretaria

Sra. Julissa Llaja Arévalo

Compilación y Edición

MC. María Inés Fernández Varas

MR2 Administración en Salud.

Equipo de Trabajo de VEA

ACTUALIDAD EN EPIDEMIOLOGÍA

**Rabia Silvestre y la declaratoria de emergencia en provincia Oxapampa y
Datem**



La rabia, conocida también como "hidrofobia", es una infección viral aguda del sistema nervioso central que ocasiona una encefalitis, o encefalomielitis, casi siempre letal una vez que se inician los síntomas clínicos. Es producida por el virus de la rabia, del género *Lyssavirus* de la familia *Rabdoviridae*

Se conocen dos ciclos de transmisión: el ciclo urbano, o "rabia urbana", que tiene como reservorio al perro, y el ciclo silvestre, o "rabia silvestre", que tiene como reservorio a animales silvestres. Aunque los pacientes con rabia pueden mostrar una amplia variedad de manifestaciones clínicas, la enfermedad sigue una evolución característica con una duración entre 7 y 14 días³. La muerte, a menudo, sobreviene por parálisis respiratoria.

La rabia silvestre es enzoótica en la selva y en algunos valles interandinos, como el valle del río Pampas, entre los departamentos de Ayacucho y Apurímac.

Los principales reservorios de la rabia silvestre incluyen al murciélago hematófago, en América Latina; la mangosta y al chacal, en el África; el zorro, en Europa, Canadá y las regiones Árticas y Subárticas; y el lobo, en el oeste de Asia^{3,6}. En los Estados Unidos los reservorios del virus son: mapaches, zorrillos, murciélagos insectívoros y zorros⁷. En nuestro país, el reservorio principal de la rabia silvestre es el murciélago hematófago *Desmodus rotundus* o "vampiro"

En el transcurso del presente año, se han evidenciado casos confirmados de rabia humana silvestre transmitida por murciélagos en la provincia del Datem del Marañón del departamento de Loreto, de los cuales se ha confirmado el fallecimiento de dos pacientes; y, tres casos confirmados de rabia humana silvestre transmitida por murciélagos en la provincia de Oxapampa del departamento de Pasco, de los cuales, todos han fallecido, siendo que el desplazamiento de colonias de murciélagos hematófagos a las comunidades vecinas donde se ha presentado el brote, incrementa el riesgo de aparición de nuevos casos de rabia humana silvestre, con mayor vulnerabilidad para la población infantil

Es por ello que el Ministerio de salud decidió emitir la declaratoria de emergencia sanitaria por el plazo de noventa (90) días calendario, a la provincia de Oxapampa del departamento de Pasco y a la provincia del Datem del Marañón del departamento de Loreto mediante Decreto Supremo 006-2016 con fecha 11 de febrero 2016.

Patrimonio Histórico



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

Altura Cuadra 13 Av. Grau – Lima 1.

TELÉFONOS:

C.T. (51) 3280028 Anexo 234

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

CORREO ELECTRÓNICO

hdosdemayo@yahoo.es