



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

LAS ENFERMEDADES QUE VIAJAN CON EL FENOMENO DEL NIÑO

El fenómeno del Niño ocurre dos a siete años, cuando las aguas cálidas de la región central del océano pacífico se expande hacia el este, acercándose a las costas de Sudamérica.

El niño suele llegar a su momento más álgido a finales de año, pero los efectos de este fenómeno meteorológico pueden sentirse hasta los 12 meses siguientes.

La Organización Meteorológica Mundial señalo Niño 2016 podría ser el peor en más de 60 años y según la NASA que el Niño será tan poderoso como el peor de la historia.

Pero las consecuencias van mas allá de las ya de por si preocupantes, sequias, océanos crecidos y altas temperaturas, con los problemas medioambientales vienen también epidemias y enfermedades.

Y según las últimas investigaciones estas viajan a través del agua, en forma de bacterias marinas que pueden suponer un grave peligro para la población, según una investigación de científicos británicos y estadounidenses, publicada recientemente por la revista científica Nature Microbiology, El Niño podría contribuir a la transmisión y propagación de enfermedades transmitidas por el agua como el cólera “con importancias consecuencias para la salud pública”

Trabajando conjuntamente con el Instituto Nacional de Salud (INS) de Perú, los científicos observaron como algunas enfermedades bacterianas coincidió, en el tiempo y espacio, con el fenómeno climatológico, el Instituto Nacional de Salud (INS) de Perú y los científicos observaron como algunas enfermedades causadas por bacterias marinas coincidían con la llegada de el NIÑO a la costa de América Latina. Lo importante de esta investigación es que descubrimos que el Niño trae aguas calientes a Perú convirtiéndole en un país tropical y provocando lluvias e inundaciones, El Niño provoca enfermedades de forma indirecta creando condiciones para la reproducción de mosquitos que transmiten malaria, dengue y zika”, Ecuador , Perú y Bolivia sufrieron serias epidemias de malaria después de fuertes lluvias causadas por el Niño en 1983 advirtió la OMS , además la OMS reporto que en 1997 las sequias que trajo el Niño a Malasia, Indonesia y Brasil agravaron los incendios forestales, y la inhalación del humo fue un problema de salud publica en esos países , causando problemas respiratorios en mucha gente.

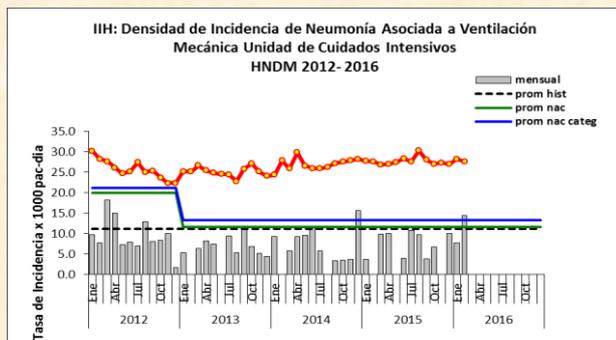
Pero los científicos también descubrieron que el Niño también transmite enfermedades “de forma directa , a través de bacterias que viajan en el mar “ , Según la investigación en la que también participaron expertos de la Administración Nacional Oceanica y Atmosférica de los Estados Unidos (NOAA; por sus siglas en ingles) y de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) en las tres últimas décadas surgieron nuevas variantes de patógenos en latinoamericana, coincidiendo con los tres episodios más significativos de el Niño (1990-91,1997-98 y 2010) y esto incluye un devastador brote de cólera que se produjo en Perú en 1990 y que causo más de 13 000 muertos .el año 1997 y 2010 cuando dos variantes de una bacteria “vibrio parahaemolyticus” provocaron infecciones causadas por el consumo de marisco contaminado y precisamente en el Perú el marisco crudo o ceviche es un alimento altamente consumido por los habitantes de la costa

La solución más inmediata es mantener el nivel de alera e invertir más en investigación, que lamentablemente no se hace lo suficiente en países como Perú. Hay que evaluar el impacto de esas baterías y tomar muestras para analizarlas y detectar variantes. El impacto a nivel de la salud podría ser enorme.

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.

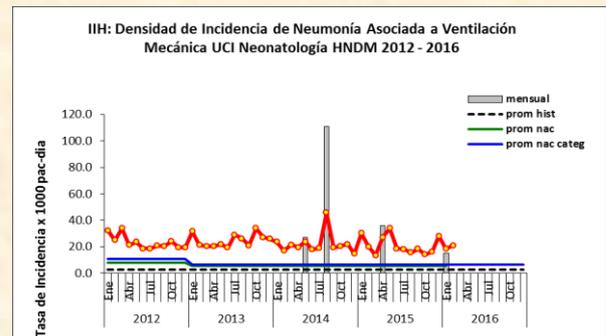
Figura N° 1: Densidad de Incidencia de Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica (NAV) – UCI. HNNDM Febrero 2012 – Febrero 2016



Fuente: Base de datos de VIIIH– HNNDM

La tendencia de las Neumonías Asociadas a Ventilación Mecánica en la Unidad de Cuidados intensivos durante el año 2015 hasta febrero del año 2016, se ha mantenido por debajo del Promedio Nacional, del Promedio Histórico y del Promedio Nacional por Categoría. Durante el mes de febrero del 2016, se han registrado cuatro casos de Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica que representa una tasa de densidad de incidencia de 14.46 x 1000 días VM; es importante resaltar que se mantuvieron durante el mes 34 pacientes sometidos a V.M., con 276 días de exposición.

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

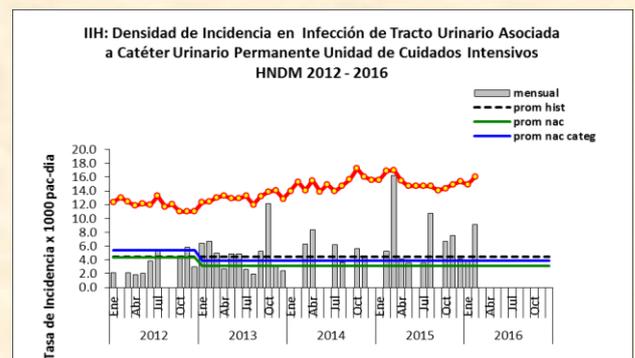


Fuente: Base de datos de VIIIH– HNNDM

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 Febrero del 2016, sin embargo se vigilaron 02 pacientes sometidos a 50 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 Asociada a Catéter Urinario Permanente en la UCI. HNNDM. Febrero 2012 – Febrero 2016

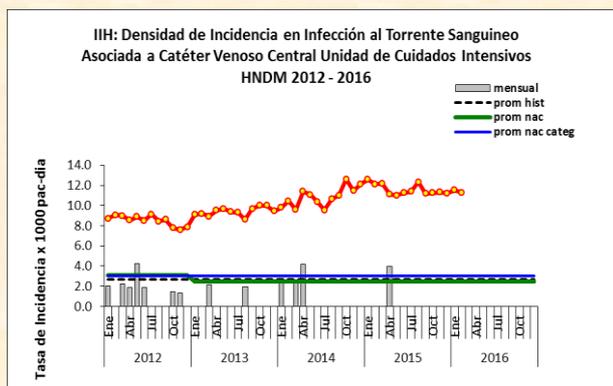


Fuente: Base de datos de VIIIH– HNNDM

En la Unidad de Cuidados Intensivos durante el mes de febrero del año 2016, se registraron dos Infecciones Urinarias Asociada a Catéter Urinario Permanente, que representa una tasa de densidad de incidencia de 9.17 x 1000 días catéter, valor que sobrepasa el Promedio histórico, Promedio Nacional y Nacional por Categorías. En el mes de Febrero se vigilaron 31 pacientes vigilados con 218 días de exposición.

La Infección Urinaria Asociada a Catéter Urinario en la actualidad plantea como 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 Permanente, se continúan desarrollando en este servicio.

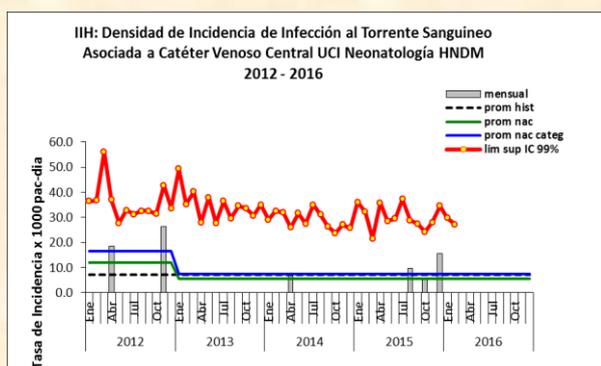
Figura N° 4: Densidad de Incidencia de Infección al Torrente Sanguíneo Asociada a Catéter Venoso Central UCI. HNDM. Febrero 2012 – Febrero 2016.



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 febrero del 2016, se mantuvieron en vigilancia 35 pacientes con 243 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.

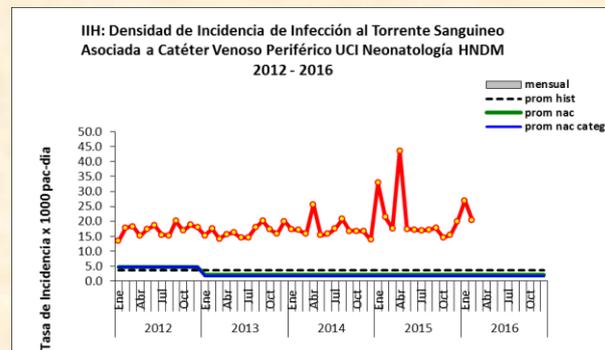
Figura N° 5: Densidad de Incidencia de Infección al Torrente Sanguíneo Asociada a Catéter Venoso Central UCI Neonatología. HNDM. Febrero 2012 – Febrero 2016.



Fuente: Base de datos de VEA – HNDM.

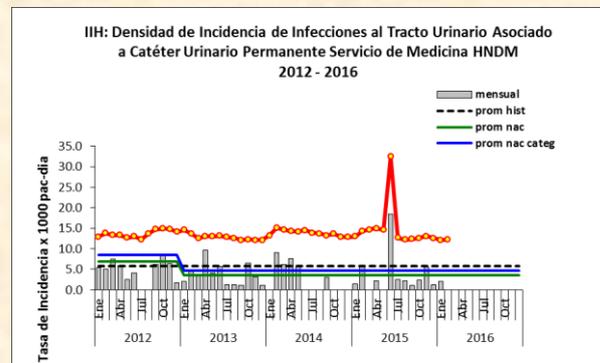
Las Infecciones de Torrente Sanguíneo Asociada a CVC en el servicio de UCI de Neonatología, durante el mes de Febrero del año 2016 no se han presentado casos. Estuvieron sometidos a vigilancia epidemiológica 09 pacientes con 120 días de exposición. El fortalecimiento de las medidas de bioseguridad son 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. Febrero 2012 – Febrero 2016.



En relación a las Infecciones de Torrente Sanguíneo Asociada a Catéter Venoso Periférico, en el mes de Febrero del año 2016 no se presentaron casos en Neonatos, se sometieron a vigilancia epidemiológica 30 pacientes con 84 días de exposición.

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

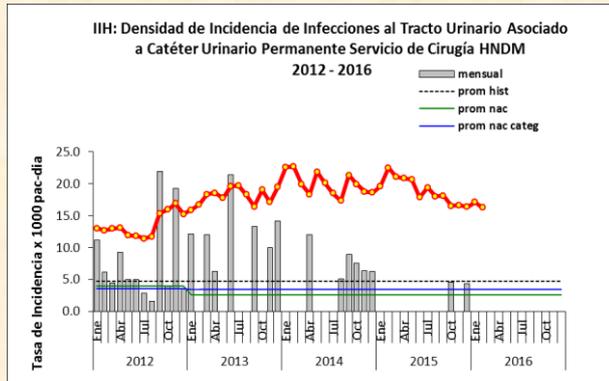


Fuente: Base de datos de VEA – HNDM.

En el Departamento de Medicina durante el mes de Febrero del año 2016, no se han presentado casos de ITU asociada a CUP, se vigilaron 88 pacientes con 929 días de exposición. Es importante referir que a partir del

mes de Marzo se implementará la metodología Bundle, mediante la aplicación de las listas de cotejo en los Servicios de Medicina.

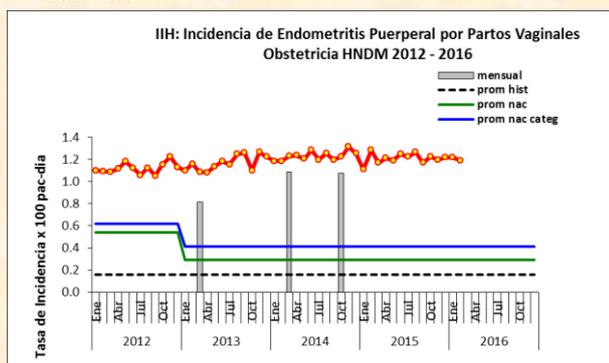
Figura N° 8: Densidad de Incidencia de Infecciones del Tracto Urinario asociado a Catéter Urinario Permanente. Servicio de Cirugía. HNDM. Febrero 2012 – Febrero 2016



Fuente: Base de datos de VEA – HNDM

Durante el mes de febrero del año 2016 en el Departamento de Cirugía no se ha reportado casos de ITU asociada a CUP. Se han vigilado 50 pacientes con 231 días de exposición. Está pendiente la implementación de la metodología Bundle, mediante la aplicación de las listas de cotejo como medida preventiva de la Infección Urinaria Asociada a CUP.

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

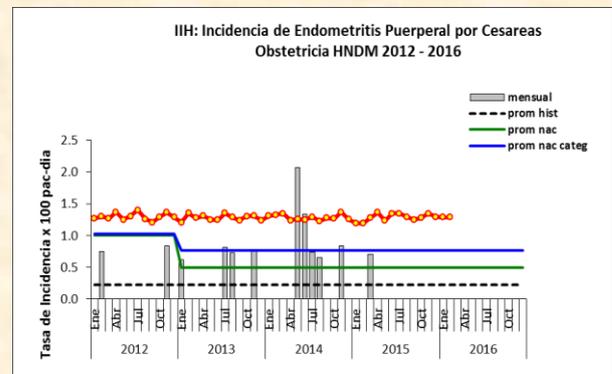


Fuente: Base de datos de VEA – HNDM

En el servicio de Obstetricia durante el mes de Febrero del año 2016 no se han presentado casos de Endometritis Puerperal por Parto Vaginal. El uso de técnicas asépticas 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 99.

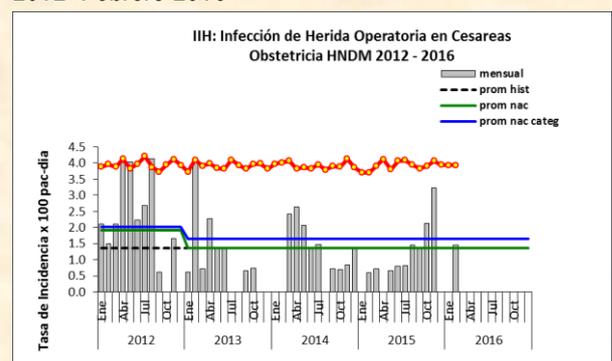
Figura N° 10: Incidencia de Endometritis Puerperal por Cesáreas – Obstetricia. HNDM. Febrero 2012- Febrero 2016



Fuente: Base de datos de VIIIH– HNDM

En el mes de febrero del 2016 no se han reportado casos de Endometritis Puerperal Asociado a 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 febrero.

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



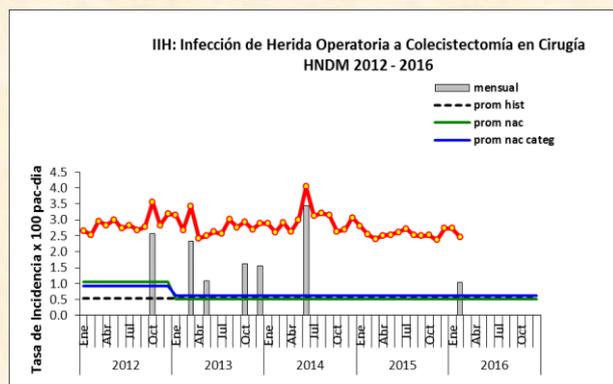
Fuente: Base de datos de VEA – HNDM

En el gráfico se observa que durante el mes de febrero del 2016 se han reportado dos casos de Infección de Herida Operatoria en Cesárea, que representa una tasa de 1.45 x 100 cesáreas y evidenciándose un incremento en relación al mes anterior.

Las Cesáreas realizadas fueron 138 durante el mes. Es importante el cumplimiento de las acciones de

prevención durante el peri operatorio a toda paciente que se realiza una cesárea. La vigilancia de las infecciones de herida operatoria es muy importante, ya que estudios de investigación han demostrado que la vigilancia por si sola reduce la frecuencia de estas infecciones.

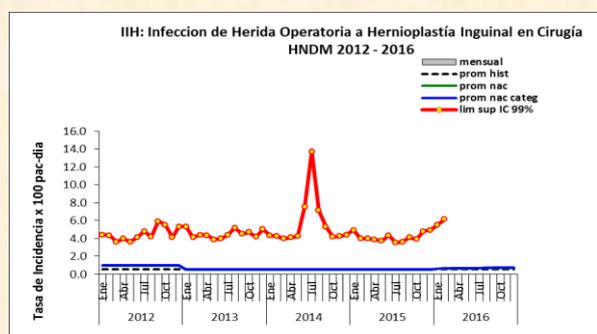
Figura N° 12: Incidencia de Infección de Herida Operatoria a Colectistectomía en Cirugía. HNMD. Febrero 2012- Febrero 2016



Fuente: Base de datos de VIIIH- HNMD

Las Infecciones de Sitio Quirúrgico de Cirugías limpias están consideradas como un excelente indicador de calidad por toda institución hospitalaria, por lo que constituyen una prioridad en la vigilancia de infecciones intrahospitalarias. En el presente gráfico observamos que durante el mes de febrero del año 2016 se reportó un caso de infección de herida operatoria, que representa una tasa de 1.04 x 100 procedimientos. Se vigilaron 96 pacientes sometidos a Colectistectomía.

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



Fuente: Base de datos de VIIIH- HNMD

En el presente gráfico observamos que no hay casos reportados de Infección de Sitio Quirúrgico asociado a

Hernioplastia Inguinal desde el año 2012, hasta Febrero del año 2016, se vigilaron 11 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 Febrero, se notificaron un total de 17 casos de notificación obligatoria, de los cuales 8 fueron confirmados, 3 casos descartados y 5 casos probables, siendo el porcentaje de confirmación de 47%.

Tabla N° 1: Daños de Notificación obligatoria – HNMD. Febrero 2016

DAÑO	TIPO DE DIAGNÓSTICO			TOTAL
	C	D	P	
Leptospirosis	2	2	1	5
Influenza debida a virus de la influenza	1	0	3	4
Dengue Sin Señales De Alarma	3	0	0	3
Dengue Con Señales De Alarma	1	0	0	2
Sífilis congénita	1	0	0	1
Tos ferina	0	0	1	1
Bartonelosis aguda	0	1	0	1
Total	8	3	5	17

* Tipo de Diagnostico

C: Confirmado P: Probable D: Descartado

Fuente: Base de datos de VEA – HNMD

Tabla N° 2: Infecciones Respiratorias Agudas según Grupo de edad y Procedencia- HNMD. Febrero 2016

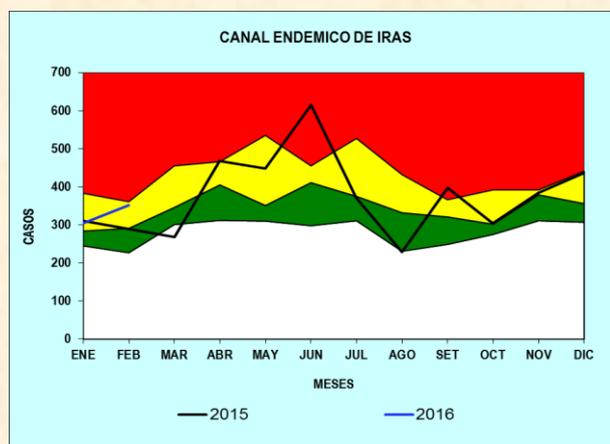
DISTRITO	N° DE CASOS			Total
	<2 m	2-11 m	1-4 a	
LIMA	46	89	181	316
LA VICTORIA	7	15	11	33
SAN JUAN DE LURIGANCHO	1	3	2	6
SAN LUIS	1	3	1	5
ATE	0	2	1	3
TRANSITO	1	0	1	2
SANTIAGO DE SURCO	0	1	0	1
RIMAC	0	1	0	1
EL AGUSTINO	0	1	0	1

PUENTE PIEDRA	0	1	0	1
CARABAYLLO	1	0	0	1
SAN MARTIN DE PORRES	0	0	1	1
SANTA ANITA	0	0	1	1
Total	57	116	199	372

Fuente: Base de datos de VEA – HNNDM

Se observa que en Febrero del 2016 el grupo de edad de mayor demanda por IRA fue el de niños de 1-4 años, representando el 53.5% del total de atenciones y los distritos de mayor procedencia fueron Lima y La Victoria, por ser distritos aledaños al hospital.

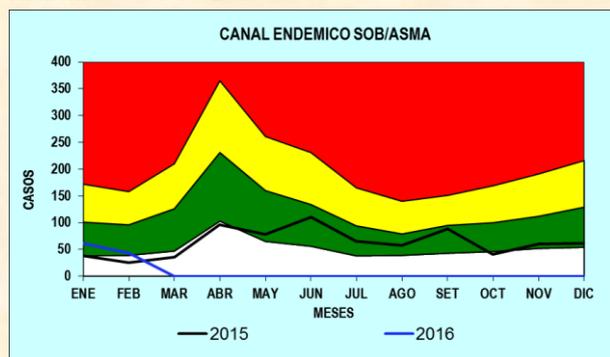
Figura N° 14: Canal Endémico de la demanda de atención de casos de Infecciones Respiratorias Agudas HNNDM. Febrero 2015 -Febrero 2016



Fuente: Base de datos de VEA – HNNDM

Respecto a las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), durante el mes Febrero 2016 se notificaron 352 atenciones; cantidad mayor a la registrado el mismo mes del año pasado (289). Respecto al mes de Enero 2016 (304), se observa un incremento.

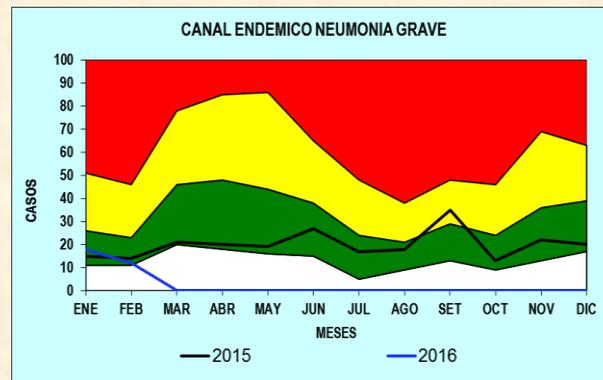
Figura N° 16: Canal Endémico de la demanda de atención por Síndrome Obstrutivo Bronquial/ Asma HNNDM. A Febrero 2016



Fuente: Base de datos de VIIIH– HNNDM

Se observa que en Febrero 2016 se reportaron 44 atenciones por SOB/Asma cantidad superior a las atenciones reportadas en Febrero 2015 (25). Cantidad menor a la reportada en Enero 2016 (62).

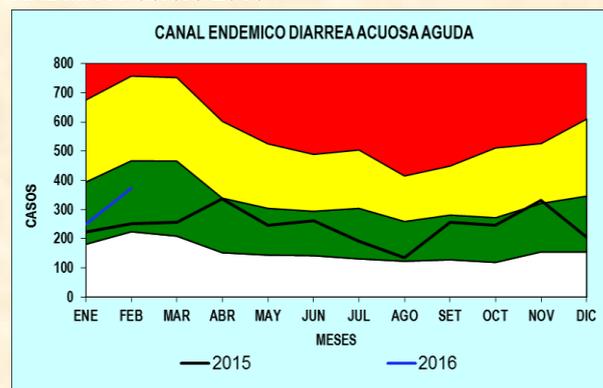
Figura N° 15: Canal Endémico de la demanda de Hospitalización por Neumonía Grave HNNDM. A Febrero 2016.



Fuente: Base de datos de VIIIH– HNNDM

En relación a las Neumonías Graves, se evidencia que en Febrero 2016 se reportaron 12 pacientes hospitalizados por este diagnóstico, cifra menor a la reportada en Enero 2016 (18). Valor similar a la reportada en Febrero 2015 (14) y duplica a los reportados en Enero de 2015.

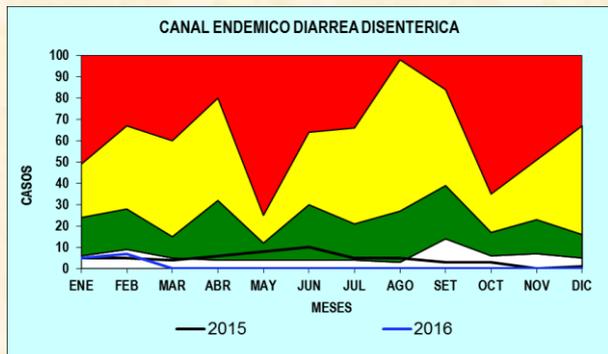
Figura N° 16: Canal Endémico de la demanda de atención por Enfermedad Diarreica Aguda Acuosa HNNDM. A Febrero 2016



Fuente: Base de datos de VEA – HNNDM

Respecto a la Enfermedad Diarreica Aguda Acuosa en el mes de Febrero 2016 se notificaron un total de 372 atenciones superando a las realizadas en Febrero 2015 (252) y Enero 2016 (250). Observamos también no se ha detectado conglomerados ni brotes de EDA Acuosa.

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



Fuente: Base de datos de VIH- HNDM

Respecto a la Enfermedad Diarreica Aguda Disentérica en el mes de Febrero 2016 se notificaron un total de 7 atenciones, similar al mes de Febrero 2015 (5) y superior al mes de Enero 2015 (5). 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 Etéreo y Distrito De Procedencia- Hospital Nacional Dos de Mayo – Febrero-2016

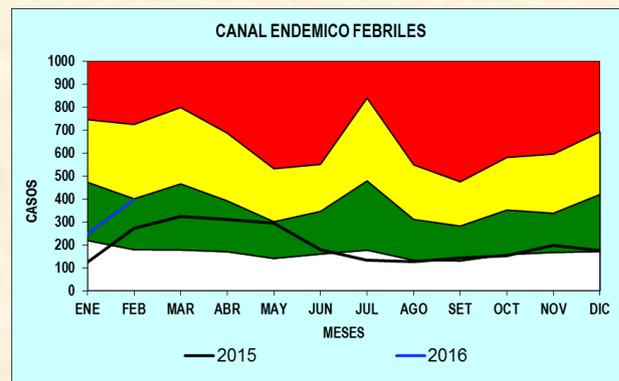
DISTRITO	N° DE CASOS						Total
	< 1 a	1-4 a	5-9 a	10-19 a	20-59 a	60 a +	
LIMA	59	158	59	28	25	3	332
LA VICTORIA	8	16	5	4	3	0	36
SAN LUIS	1	7	1	1	0	0	10
EL AGUSTINO	1	5	0	0	0	0	6
TRANSITO	0	3	0	2	0	0	5
ATE	1	1	0	0	0	0	2
SAN JUAN DE MIRAFLORES	0	0	2	0	0	0	2
SAN JUAN DE LURIGANCHO	0	2	0	0	0	0	2
CARABAYLLO	1	0	0	0	0	0	1
SANTA ANITA	0	0	1	0	0	0	1
Total general	71	192	68	35	28	3	397

Fuente: Base de datos de VEA – HNDM

Se observa que en Febrero 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° 18: Canal Endémico Febriles. HNDM. 2016

Fuente: Base de datos de VEA – HNDM



Durante el mes de Febrero 2016, se reportó 392 casos de febriles, observándose que supera a los reportados en febrero 2015 (272) y al mes de enero 2016 (246). Teniéndose en cuenta además que es en los meses de verano es donde se han notificado el mayor número de casos de febriles.

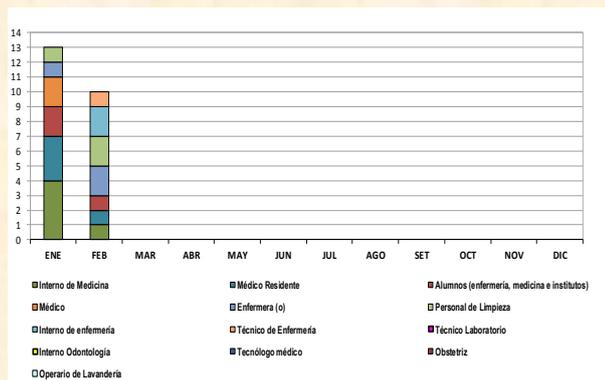
3. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE ACCIDENTES OCUPACIONALES

En febrero del 2016, se notificaron 10 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 (90%) y 01 casos fueron originados por exposición a Fluidos Biológicos – Salpicaduras (10%).

Durante febrero 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 (50%), siendo los Internos de Enfermería, Enfermeras y/o Personal de Limpieza los que presentan el mayor número de casos (22%) respectivamente..

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

2016



Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales - HNDM
 Los servicios con mayor frecuencia de casos de accidentes laborales durante este mes de Febrero 2016 Se observa que los servicios de Emergencia adultos y SOP Central son los que han presentado el mayor número de casos de Accidentes laborales por exposición a Fluidos Corporales y/o objetos Punzocortantes (20%) respectivamente, por lo que es necesario fortalecer las actividades de supervisión y/o monitoreo de los procedimientos de atención.

Tabla Nº 4: Accidentes Laborales por Exposición a Objetos Punzocortantes según Circunstancias - HNDM. Febrero - 2016.

Circunstancias asociadas a los accidentes	S	%	P	%	Nº ACUM.	%
Durante procedimiento de toma de muestra de AGA	1	100	0	0	2	9
Durante un procedimiento (adm. Tto., inserción cvp, cvc, etc.)	0	0	1	11	4	17
Durante procedimiento de toma de muestra de hemoglutex	0	0	2	22	2	9
Después de uso de material, antes de descartarlo	0	0	1	11	3	13
Material dejado en lugar inadecuado	0	0	1	11	1	4
Durante segregación de residuos hospitalarios	0	0	2	22	3	13
Durante procedimiento Quirúrgico	0	0	2	22	4	17
Total	1	100	9	100	20	100

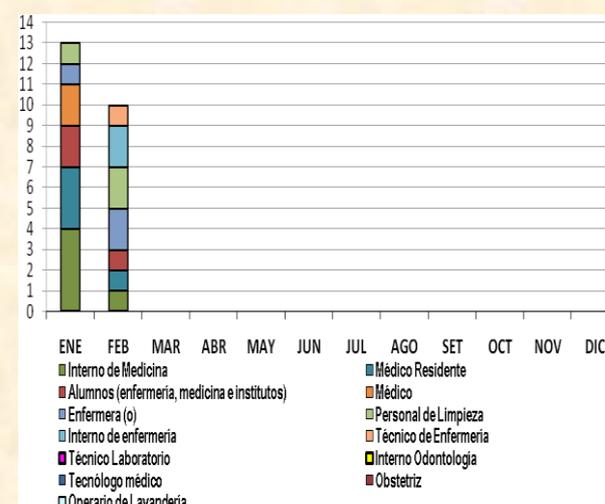
Tipo de Exposición: S: sangre P: Punzocortantes
 Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales - HNDM

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 Durante procedimiento de toma de muestra de hemoglutex, con una incidencia acumulada de 22%, e iguales % acumulados de: Durante segregación de residuos hospitalarios, Durante procedimiento Quirúrgico A diferencia de lo evidenciado en el mes de Enero 2016 en que ocupó el primer lugar Durante un procedimiento (adm. Tto., inserción cvp, cvc, etc.)

“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”.

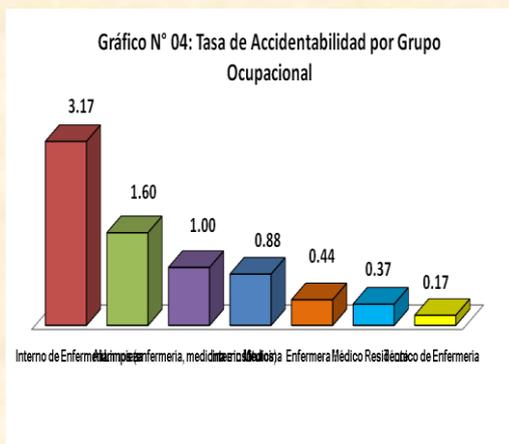
Figura Nº 21: Tendencia de los Accidentes Laborales por exposición a Fluidos Biológicos y/o Objetos Punzocortantes por Grupo Ocupacional. Febrero - 2016.



Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales - HNDM

En el mes de Febrero 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 enfermería presentan el mayor número de casos (22%), e igual % de enfermeras y personal de limpieza (22%) por lo que es necesario reforzar la capacitación a estos grupos ocupacionales así como a las medidas monitoreo y supervisión.

Figura Nº 22: Tasa de Accidentalidad por Grupo Ocupacional. Febrero - 2016



Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales – HNDM.

En el mes de febrero 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 Enfermería (3.17%), Personal de limpieza (1.60%). Evidenciándose una reducción notoria en los Internos de Medicina en comparación con la notificada en Enero 2016 (3.64%) a solo 0.88%.

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.

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 fue el acceso a medidas preventivas; más 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. Febrero 2016

MOTIVO DE NOTIFICACION	Nº	%
INFECCION VIH	14	82
SIDA	3	18
EXPOSICION PERINATAL	0	
FALLECIDOS	0	
TOTAL	17	100

Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales - HNDM

En el mes de Febrero 2016 se observa que el número de casos fue de 14. De ellos diagnosticados, el 82% fue diagnosticado en estadio VIH.

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

GRUPO ETAREO	VIH/SIDA	
	Nº	%
MENOR 1 AÑO	0	0
1-4 AÑOS	0	0
5-9 AÑOS	0	0
10-19 AÑOS	0	0
20-39 AÑOS	12	71
40-64 AÑOS	5	29
65 AÑOS A MAS	0	0
TOTAL	17	100

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

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

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

DISTRITO	VIH/SIDA
----------	----------

	Nº	%
LIMA	3	18
LOS OLIVOS	1	6
CARAYBAILLO	1	6
LA VICTORIA	1	6
HUAROCHIRI	1	6
SAN MARTIN PORRES	1	6
SANTA ANITA	1	6
NO ESPECIFICADO	8	47
TOTAL	17	100

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

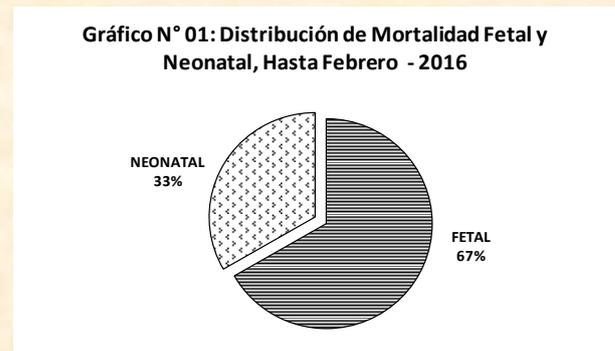
Un 18% de los pacientes diagnosticados con VIH-SIDA pertenece a Lima Cercado, acorde con la mayor demanda de atenciones que presenta ese distrito, y los no especificados representan un 47%.

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.

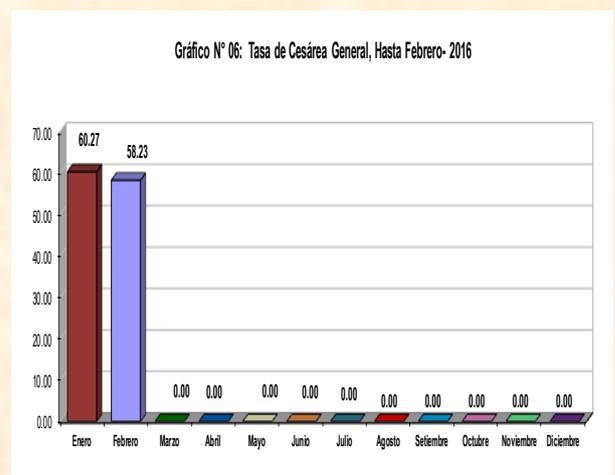
Figura N° 23: Distribución de Muertes Fetales y Neonatales – HNMD Febrero 2016



Fuente: Vigilancia Epidemiológica Mortalidad Perinatal – HNMD

En el mes de Febrero del 2016 se presentaron 02 casos de Mortalidad Perinatal, una muerte Neonatal (33%) y 01 caso de Muerte Fetal (67%). En el mes de Enero del 2016 se notificaron 04 casos de Mortalidad Perinatal, siendo 03 Muertes Fetales (75%) y una Muerte Neonatal (25%).

Figura N° 24: Tasa General de Cesárea – HNMD. De Febrero 2016.



Fuente: Vigilancia Epidemiológica Mortalidad Perinatal – HNMD

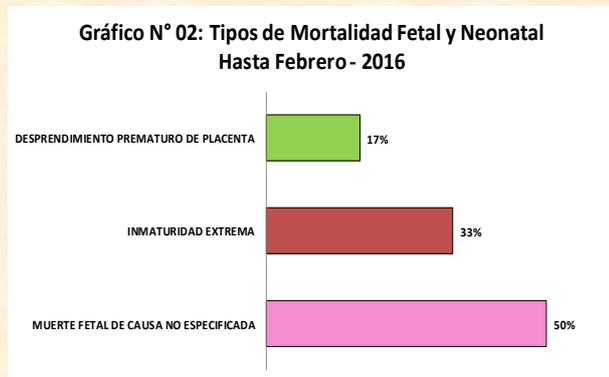
En el mes de Febrero 2016 la **tasa de cesárea general fue de 58.23%**

La **proporción de partos complicados continua siendo alta (70.89%)**, dado que el HNMD 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 Febrero 2016 la tasa de cesárea en RN de bajo peso al nacer fue de 5.91 %, 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 5.91% y la tasa de cesárea con RN macrosómico es de 4.22%.

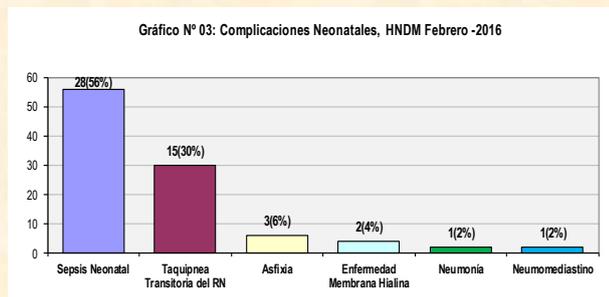
Figura N°25: Tipos de mortalidad Fetal y Neonatal de Febrero 2016.



Fuente: Vigilancia Epidemiológica Mortalidad Perinatal – HNMD

Hasta Febrero del presente año, la Muerte Fetal de causa no especificada ocupan el mayor número de casos de Mortalidad Perinatal (50%), seguido de Prematuridad Extrema (33%).

Figura N° 26: Complicaciones Neonatales – HNMD. Febrero 2016.



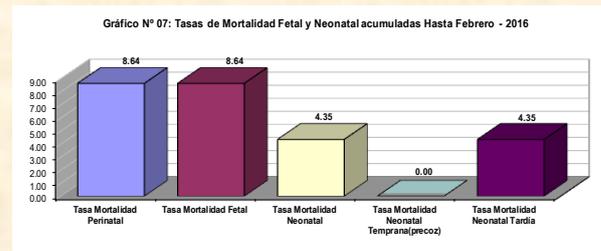
Fuente: Vigilancia Epidemiológica Mortalidad Perinatal – HNMD

Durante Febrero del presente año se atendieron 50 recién nacidos complicados; con una Muerte neonatal. Las complicaciones más frecuentes siguen siendo la Sepsis Neonatal con 28 casos (56%), seguido de la Taquipnea transitoria del RN (30%).

Además se observa que la Tasa de incidencia de bajo peso al nacer es de 59.32 x 1000 recién nacidos vivos. Respecto a la Letalidad, la tasa de letalidad en Febrero del presente año es de 2.00%.

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 – HNMD. Febrero 2016.



Fuente: Vigilancia Epidemiológica Mortalidad Perinatal – HNMD

En relación a Tasas de Mortalidad se puede apreciar hasta la fecha del presente año, que la Tasa de Mortalidad Perinatal es de 8.64 x 1000 nacimientos, la tasa de Mortalidad Neonatal fue de 4.35 x 1000 RN Vivos, la tasa de mortalidad neonatal tardía es de 4.35 x 1000 RN Vivos; la Tasa de Mortalidad Fetal es de 8.64 x 1000 nacimientos.

5. EVALUACIÓN POR DEPARTAMENTOS DEL MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS HOSPITALARIOS

Tabla N° 08: Manejo de Residuos sólidos hospitalarios según Departamentos – HNDM. Febrero 2016.

DEPARTAMENTOS	*CALIFICACION (%)		
	B	R	M
Dpto. de Medicina	40	60	
Dpto. de Especialidades Medica	83	17	
Dpto. de Cirugia	0	100	
Dpto. de Gineco Obstetricia	100	0	
Dpto. de Pediatría	100	0	
Dpto de Odontostomatología	100	0	
Dpto. de Diagnóstico Por Imágenes	100	0	
Dpto. de Enfermería	100	0	
Dpto. de Anestesiología y Centro Qx.	67	33	
Dpto. de Emergencia	0	100	
Dpto. de Farmacia	0	100	
Dpto. de Patología Clínica	100	0	
Dpto. de Banco de Sangre y Hem.	100	0	
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 Febrero 2016, los departamentos de Gineco obstetricia, pediatría, Odontostomatología, Imágenes, Enfermería, Patología Clínica, Banco de Sangre obtuvo una evaluación buena de 100%.

Los departamentos de Cirugía, Emergencia, Farmacia se encuentran realizando un regular al manejo de los residuos sólidos hospitalarios:

- El departamento de Cirugía de Tórax y Cardiovascular comparten calificación entre bueno y regular 50% y 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 Álvarezcano Berroa

**Equipo de Trabajo de Vigilancia
Epidemiológica**

Dr. Marco Antonio Sánchez
Ramírez

Lic. Carmen Lam Villoslada

Lic. Rosario Mucha Huatuco

Lic. Mónica Barrientos Pacherras

Lic. Joel Cadillo Rivera

Sr. Juan del Águila Arévalo

**Equipo de Trabajo Salud
Ambiental**

Sr. Alfonso Rodríguez Ramírez

Ing. Eduardo Yactayo Infantes

Sr. Jaime Aparcana Moncada

Sr. Jaime Arce Veintemilla

Sr. Raúl Quispe Bocangel

Equipo de Informática

Sra. Andrea Ydoña Cuba

Secretaria

Sra. Julissa Llaja Arévalo

Compilación y Edición

MC. Janeth Llerena Torres MR1

Gestión en Salud

MC. Shirley Aparicio Huamani MR2

Administración en Salud.

Patrimonio Histórico



Hospital Nacional Dos de Mayo

**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

ACTUALIDAD EN EPIDEMIOLOGÍA

El primer caso autóctono de chikungunya en Perú se registró en la localidad de Iberia, en Madre de Dios, zona fronteriza con Brasil así confirmó el Ministerio de Salud el día 09-03-2016.

El viceministro de Salud Pública, Percy Minaya León, llegó a la región Madre de Dios con el fin de supervisar las acciones de fortalecimiento del Ministerio de Salud en coordinación con la Dirección Regional de Salud (DIRESA) implementa para el control y eliminación del zancudo causante de la chikungunya tras la confirmación del primer caso autóctono de esta enfermedad en la localidad de Iberia, zona fronteriza con Brasil.

Tras reunirse con el Comité de Enfermedades Metaxémicas de la Dirección Regional de Salud (DIRESA), Minaya León explicó que se han desarrollado las acciones de control en Iberia como la fumigación de 1570 viviendas con medio centenar de brigadistas en intensa jornada de fumigación, búsqueda de personas con fiebre, control larvario y acciones de promoción y comunicación hacia la población. A la fecha la paciente ya está de alta y no representa peligro alguno sin embargo, Iberia mantiene un flujo migratorio importante con Bolivia y Brasil, países que presentan casos de chikungunya, debido a lo cual las actividades continuarán a fin de minimizar los riesgos.

En este sentido, sostuvo que se implementa un plan de intervención de corto plazo en esta región para reducir de manera significativa a la presencia del zancudo *Aedes aegypti*, insecto transmisor del dengue, la chikungunya y el zika.

Para ello recomendó a la población cuidar los recipientes donde almacenan agua (lavándolos, tapándolos o eliminándolos los que no se usan) y dar facilidades al personal de salud que realiza las acciones de fumigación.

Asimismo se dio a conocer que el MINSA realizara acciones de comunicación en el aeropuerto, paso fronterizo de Iñapari e Iberia, así como los terrapuestos y establecimientos de salud de la Región.