

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

1. VIGILANCIA
EPIDEMIOLÓGICA DE
LAS INFECCIONES
INTRAHOSPITALARIAS
pág. 2-6
2. DAÑOS DE
NOTIFICACIÓN
OBLIGATORIA
pág. 6 - 12
3. VIGILANCIA
EPIDEMIOLÓGICA DE
ACCIDENTES
OCUPACIONALES
pág. 12-15
4. VIGILANCIA
EPIDEMIOLÓGICA DE
MORTALIDAD
NEONATAL Y FETAL
pág. 15-17
5. EVALUACIÓN POR
DEPARTAMENTOS DEL
MANEJO DE RESIDUOS
SÓLIDOS
HOSPITALARIOS
pág. 17

ACTUALIDAD EN
EPIDEMIOLOGÍA
*pág. 17***Planificación de la Movilización y Comunicación
Social para la Prevención y el Control del Dengue:****Un problema de Salud Pública**

Se ha demostrado por las tendencias epidemiológicas que la prevención y el control de la transmisión del dengue ha fracasado en los últimos 30 años. Los programas desarrollados a la fecha no han demostrado la eficacia esperada para controlar el vector transmisor y así prevenir la transmisión epidémica en la mayoría de los países del mundo, con endemicidad del dengue. En cambio, se ha hecho hincapié en la vigilancia de la enfermedad y la respuesta siempre ha sido “demasiado tarde y demasiado poca” para impactar la transmisión del dengue. Por tanto, pocas o ninguna epidemia se ha prevenido usando este enfoque y la enfermedad se ha seguido propagando constantemente, siendo a la fecha que el mismo vector transmite otras enfermedades por virus como Chikungunya y Zika, con comportamiento epidémico.

El cambio climático se afianza, con temperaturas globales que se estima subirán hasta cuatro grados Celsius para 2100. Las lluvias se incrementarán y el nivel del mar podría subir casi un metro en la medida que las temperaturas de la superficie del mar aumenten. También es de esperarse que el cambio climático traiga más desastres naturales, como sequías e inundaciones. Tales cambios inevitablemente afectarán la salud, particularmente en el mundo en desarrollo, ocasionando más muertes por golpes de calor, enfermedades diarreicas y malnutrición. Es probable que cambie la incidencia de enfermedades transmitidas por los mosquitos. Las inundaciones crean caldos de cultivo para el crecimiento de los mosquitos que transmiten el dengue.

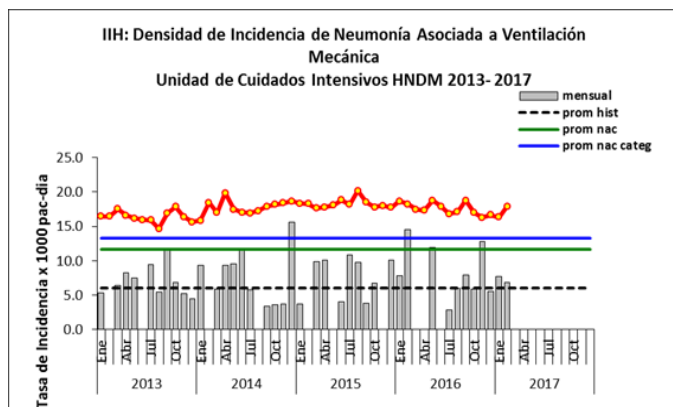
En la actualidad continua vigente un enfoque de intervención hacia la movilización social conocida como “COMBI” Comunicación para el Impacto Conductual. COMBI, desarrollado y probado durante varios años, incorpora las enseñanzas aprendidas durante cinco décadas de la comunicación de salud pública y de las experiencias de la comunicación de consumidores del sector privado. COMBI representa una unión nítida de mercadeo, educación, comunicación, promoción y enfoques de movilización que generalmente ayudan a descentralizar las intervenciones desde el sector salud, solamente, hacia los líderes comunales, donde se encuentran los determinantes sociales de este daño de importancia en salud pública, a fin de tener un impacto sobre las conductas y promover asociaciones programa-comunidad.

Referencias:

1. Dr. Duane J. Gubler: Planificación de la Movilización y Comunicación Social para la Prevención y el Control del Dengue: Guía Paso a Paso / Will Parks y Linda Lloyd. WHO/CDS/WMC/2004.2
2. Will Parks y Linda Lloyd: Planificación de la Movilización y Comunicación Social para la Prevención y el Control del Dengue: Guía Paso a Paso. WHO/CDS/WMC/2004.
3. Jai P. Narain: Director del Departamento de Enfermedades Transmisibles de la Oficina Regional de la OMS para el sudeste de Asia, localizada en la India, 2009-SciDevNet:<http://www.scidev.net/america-latina/html> , D.C.2012.

1. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS.

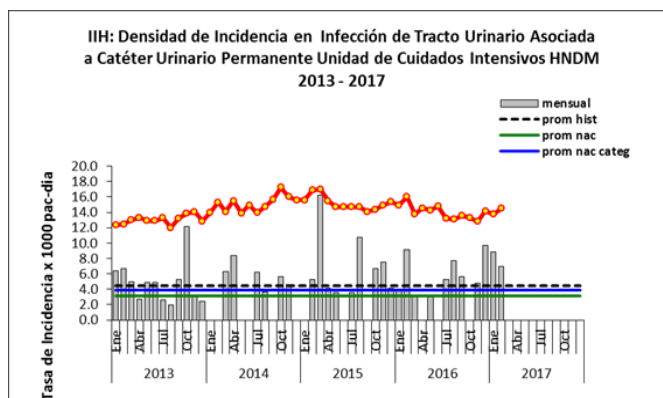
GRAFICO Nº 1-01:



Fuente: Base de datos del VEA OESA -HNNDM

La tendencia de las Neumonías Asociadas a Ventilación Mecánica en la Unidad de Cuidados Intensivos durante el año 2016, se han mantenido por debajo del Promedio Nacional y del Promedio Nacional por Categoría, con excepción de los meses de Febrero y Noviembre que se incrementa ligeramente. Durante el mes de febrero del 2017, se han registrado dos casos de Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica que representa una tasa de densidad de incidencia de 6.87 x 1000 días VM; es importante resaltar que se mantuvieron durante el mes 31 pacientes sometidos a V.M., con 291 días de exposición.

GRAFICO Nº 1-02:

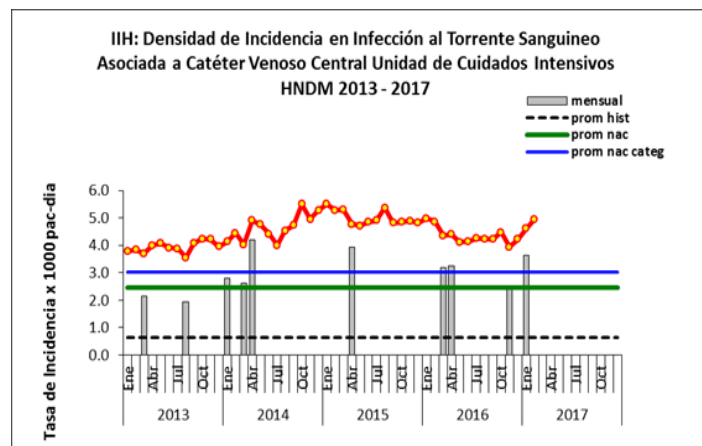


Fuente: Base de datos del VEA-HNNDM

En la Unidad de Cuidados Intensivos durante el mes de febrero del año 2017, se registraron dos casos de Infección Urinaria Asociada a Catéter Urinario Permanente, lo cual da una tasa de densidad de incidencia de 6.94 x 1000 días/catéter. En el mes de Febrero se identificaron 41 pacientes vigilados con 288 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.

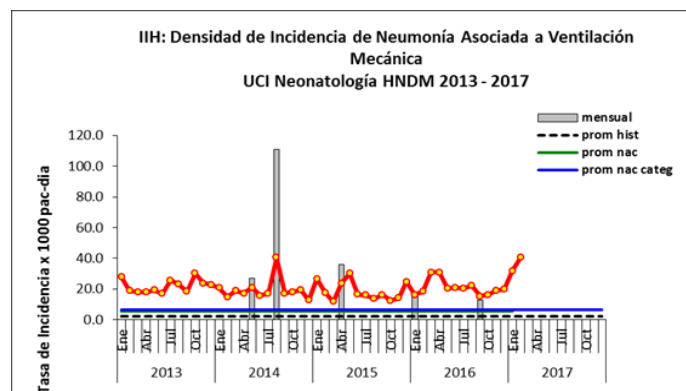
GRAFICO Nº 1-03:



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 febrero del 2017, se mantuvieron en vigilancia 39 pacientes con 233 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.

GRAFICO Nº 1-04:



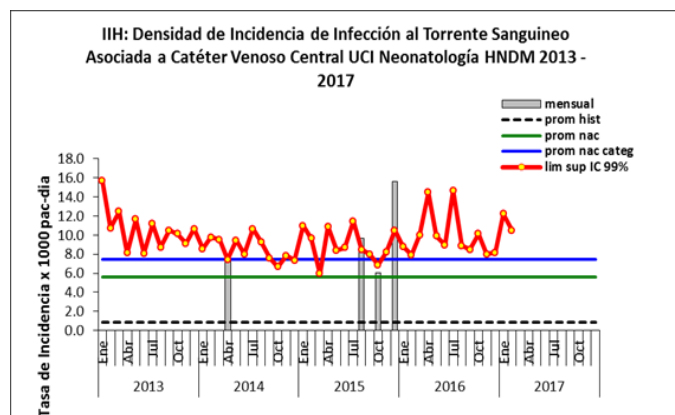
Fuente: Base de datos del VEA-HNNDM

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 febrero del

2017, sin embargo se vigiló 01 paciente sometido a 09 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.

GRAFICO N 1-05:

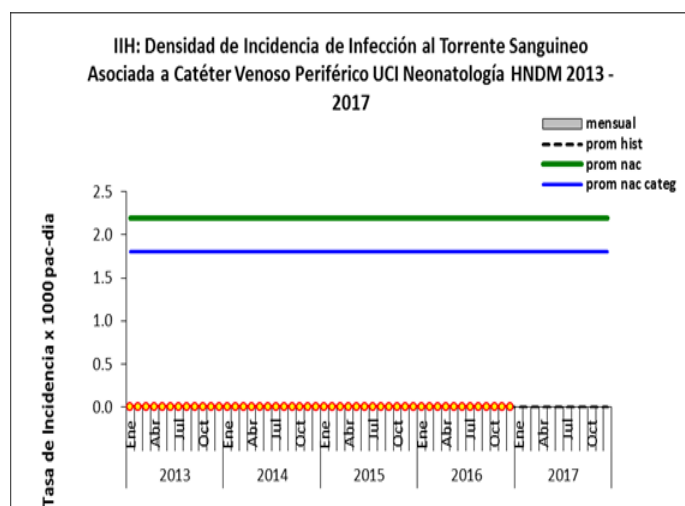


Fuente: Base de datos del VEA-HNMD

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 febrero del año 2017. Estuvieron sometidos a vigilancia epidemiológica 09 pacientes con 64 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.

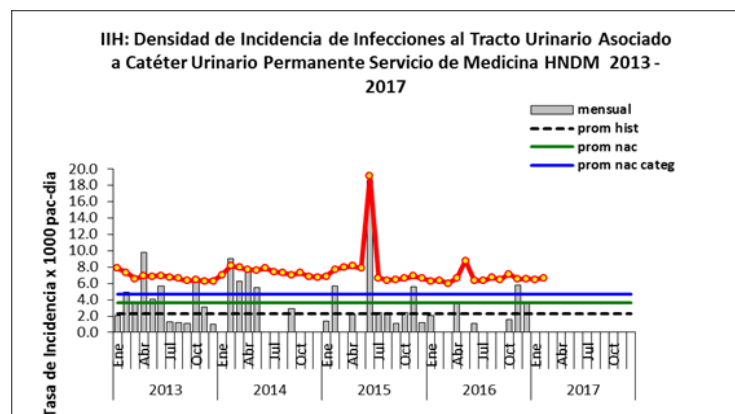
GRAFICO Nº 1-06:



Fuente: Base de datos del VEA-HNMD

En relación a las Infecciones de Torrente Sanguíneo Asociada a Catéter Venoso Periférico, en el mes de febrero del año 2017 no se presentaron casos en Neonatos, se sometieron a vigilancia epidemiológica 26 pacientes con 64 días de exposición.

GRAFICO Nº 1-07:

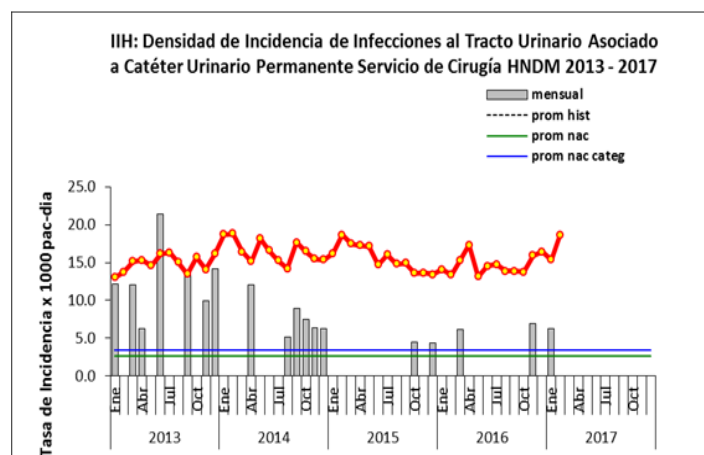


Fuente: Base de datos del VEA-HNMD

Durante el mes de febrero del año 2017 en el Departamento de Medicina, no se han presentado casos de ITU asociada a CUP, se vigilaron 83 pacientes con 803 días de exposición.

Es importante referir que en los servicios de medicina se está desarrollando la metodología Bundle, mediante la aplicación de las listas de cotejo.

GRAFICO Nº 1-08:

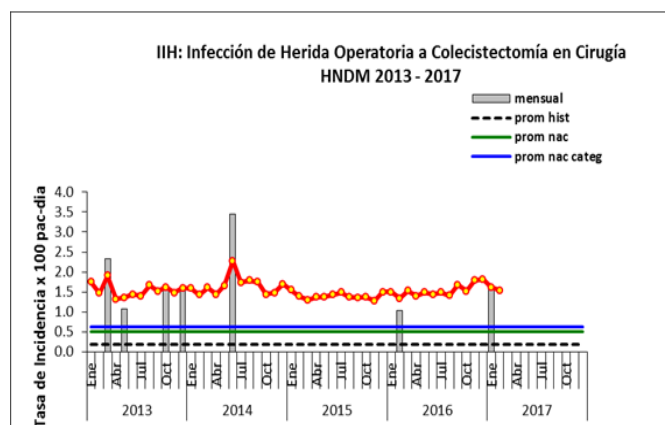


Fuente: Base de datos del VEA-HNMD

En el Departamento de Cirugía durante el mes de febrero del año 2017 no se han reportado casos de ITU asociada a CUP. Se han vigilado 21 pacientes con 99 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.

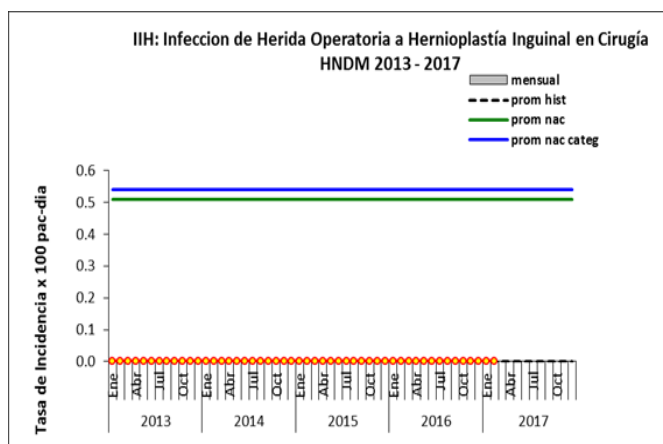
Gráfico N° 1-09:



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 febrero no se reportaron casos, se vigilaron 70 pacientes sometidos a Colectectomía.

GRAFICO N° 1-10:



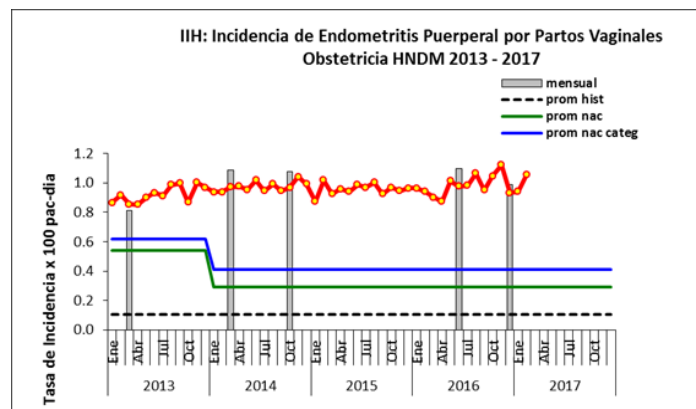
Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

En el presente gráfico observamos que no hay casos reportados de Infección de Sitio Quirúrgico asociado a Hernioplastia Inguinal desde el año 2013, inclusive hasta el mes de febrero del año 2017, se vigilaron 17 pacientes sometidos a hernioplastia.

Las Infecciones de Sitio Quirúrgico (ISQ) son 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.

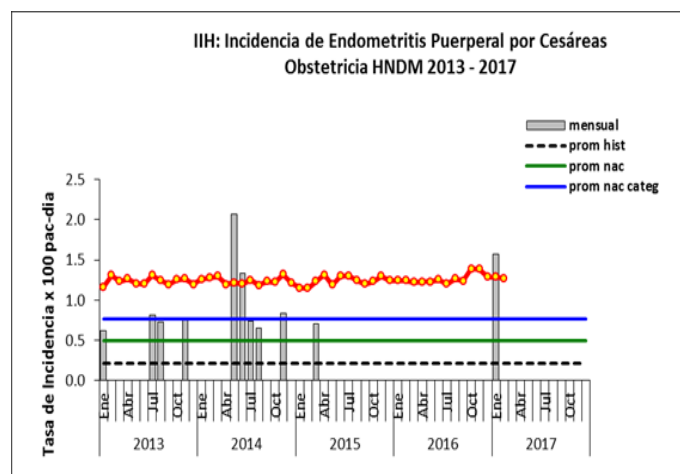
GRAFICO N° 1-11:



Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

Durante el mes de febrero del año 2017 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 77.

GRAFICO N° 1-12:

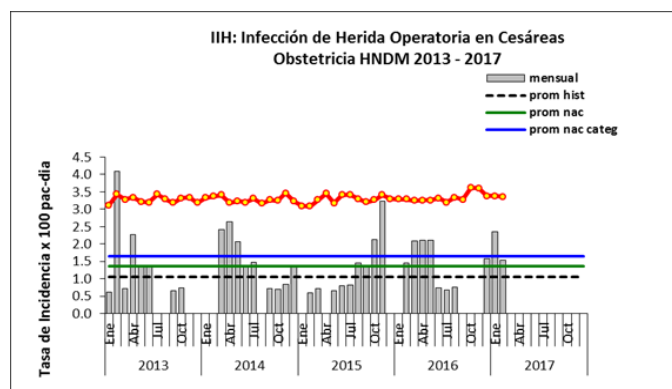


Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

En el mes de febrero del 2017 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 130 durante el mes de febrero.

GRAFICO Nº 1-13:

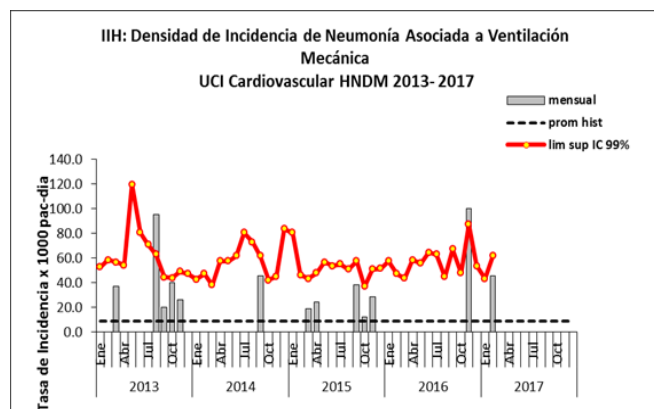


Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

En el gráfico podemos observar que durante el mes de febrero del 2017 se han reportado dos casos de Infección de Herida Operatoria en Cesárea, en relación al mes anterior se incrementó. Las Cesáreas realizadas fueron 130 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.

GRAFICO Nº 1-14:

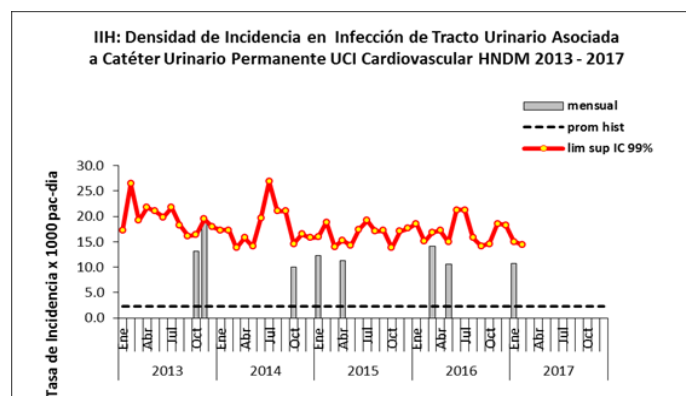


Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

La tendencia de las Neumonías Asociadas a Ventilación Mecánica en UCI Cardiovascular de Enero a Diciembre del año 2016 se ha mantenido dentro del Promedio Histórico del Hospital. Con excepción del mes de Noviembre.

Durante el mes de febrero del 2017, se ha registrado un caso de Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica que representa una tasa de densidad de incidencia de 45.45 x 1000 días/vm; se monitorizaron 03 pacientes sometidos a V.M. con 22 días de exposición.

GRAFICO Nº 1-15:

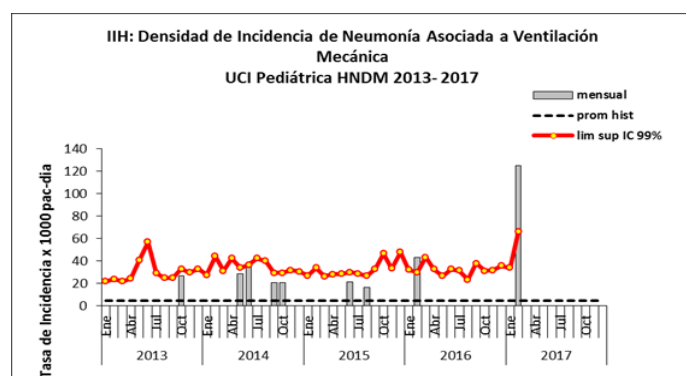


Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

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

En el mes se identificaron 14 pacientes vigilados con 102 días de exposición.

GRAFICO Nº 1-16:

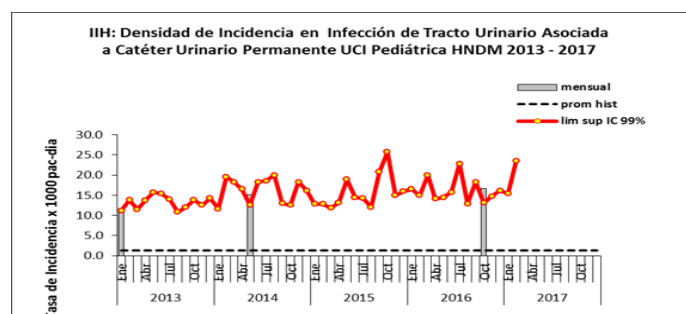


Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

En la Unidad de Cuidados Intensivos de Pediatría, durante el mes de febrero del año 2017 se ha reportado un caso de Neumonía asociada a Ventilación Mecánica con una tasa de densidad de incidencia de 125 x 1000 días/vm.

En este mes se observaron 03 pacientes sometidos a V.M con 08 días de exposición.

GRAFICO Nº 1-17:

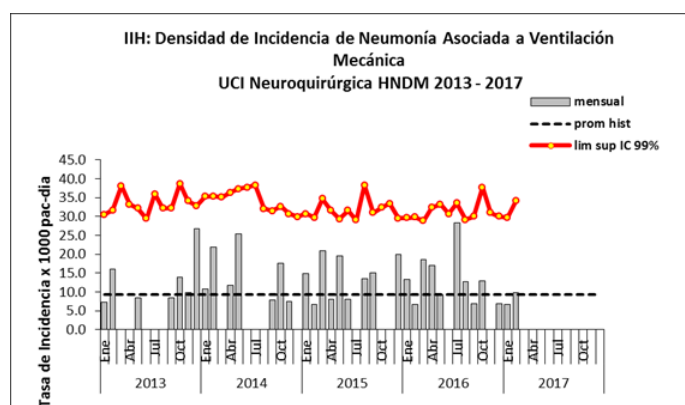


Fuente: Base de datos del VEA OESA -HNDM

En la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica, durante el mes de febrero del año 2017 no se han presentado casos de Infección Urinaria Asociada a Catéter Urinario Permanente. En este mes se identificaron 06 pacientes vigilados con 17 días de exposición.

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

GRAFICO Nº 1-18:

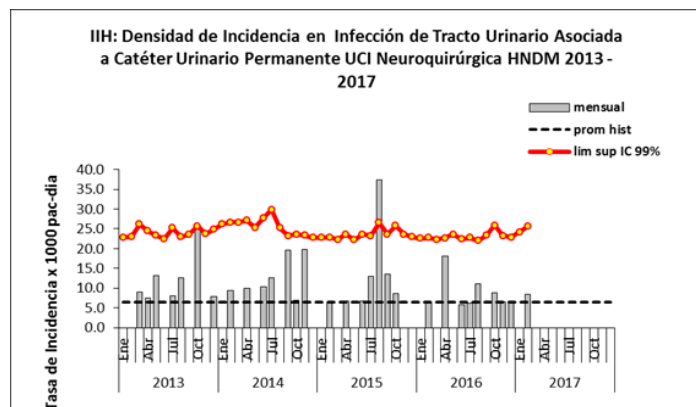


Fuente: Base de datos del VEA OESA -HNDM

La tendencia de las Tasas de Neumonías Asociadas a Ventilación Mecánica en UCI Neuroquirúrgica desde el 2013 es a mantenerse por encima del promedio histórico como lo sucedido en los meses anteriores. Durante el mes de febrero se reportó un caso Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica, con una tasa de densidad de incidencia de 9.90 x 1000 días/VM.

En la unidad se debe continuar aplicando la metodología Bundle, como estrategia de prevención. Se vigilaron 15 pacientes con 101 días de exposición.

Gráfico Nº 1-19

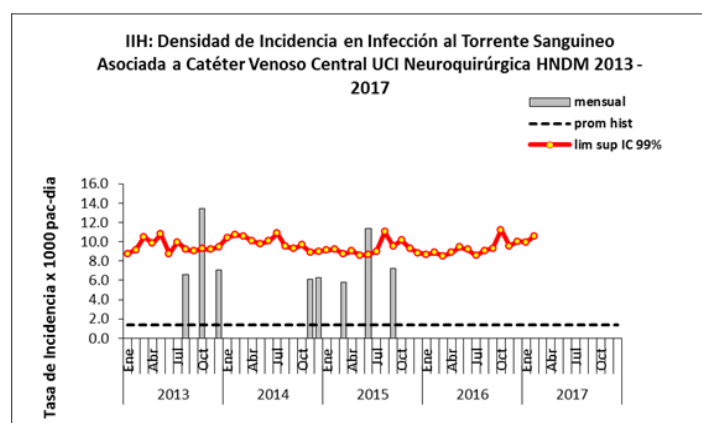


Fuente: Base de datos del VEA OESA -HNDM

En la Unidad de Cuidados Intensivos Neuroquirúrgica durante el mes de febrero del año 2017, se reportó un caso de Infección Urinaria Asociada a Catéter Urinario Permanente, con una tasa de densidad de incidencia de 8.47 x 1000 días/catéter. En el mes se identificaron 18 pacientes vigilados con 118 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.

GRAFICO Nº 1-20:



Fuente: Base de datos del VEA OESA -HNDM

Referente a las Infecciones de Torrente Sanguíneo en Unidad de Cuidados Intensivos Neuroquirúrgica, los casos presentados desde el año 2013 hasta el año 2015 sobrepasan el Promedio Histórico en algunos meses.

Desde el 2016 no hay casos notificados, inclusive en el mes de febrero del año 2017. En el presente mes se identificaron 17 pacientes vigilados con 110 días de exposición.

2. DAÑOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA DE FEBRERO DEL 2017

Tabla Nº 2.1 Distribución De Casos Según Sexo

SEXO	Nº	%
Femenino	15	47%
Masculino	17	53%
Masculino	32	100%

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Del total de daños notificados en el mes de Febrero 2017, el 53% pertenece al género Masculino y el 47% restante al Femenino.

Tabla N° 2.2 Distribución De Casos Según Grupo Etario

GRUPO ETARIO	Nº	%
Menores 1 año	4	13%
1-9 años	3	9%
10-19 años	3	9%
20-64 años	19	59%
65 a más	3	9%
Total general	32	100%

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Según grupo etario el 59% de los casos reportados corresponde al grupo de 20 a 64 años; seguido de los menores de 1 año y de 1 a 9 años (13% respectivamente).

Tabla N° 2.3 Distribución De Casos Según Daño De Notificación

DAÑO	Nº	%
Hepatitis B	5	16%
Leptospirosis	5	16%
Varicela sin complicaciones	5	16%
Síndrome de Guillain-Barre	3	9%
Dengue Con Señales De Alarma	3	9%
Dengue Sin Señales De Alarma	2	6%
Bartonelosis aguda	2	6%
Malaria P.Vivax	1	3%
Varicela con otras complicaciones	1	3%
Enfermedad de Chagas	1	3%
Tos ferina	1	3%
Sífilis congénita	1	3%
Loxocelismo	1	3%
Muerte materna indirecta	1	3%
Total general	32	100%

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Los casos de Hepatitis B, Leptospirosis y Varicela sin complicación; representan el mayor porcentaje de notificación en el presente mes (16%), seguido de Guillan Barré, Dengue con Señales de Alarma con (9% respectivamente).

Tabla N° 2.4 Distribución De Casos Según Lugar Probable De Adquisición De La Infección

LUGAR PROBABLE	Nº	%
LIMA	19	59%
SAN MARTIN	4	13%
JUNIN	4	13%
ANCASH	3	9%
LORETO	2	6%
Total general	32	100%

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Según lugar probable de infección el 59% de los casos proceden de Lima, seguidos de los Dptos. de San Martín y Junín (13%),

Tabla N° 2.5 Distribución De Casos Según Tipo De Diagnostico

TIPO DE DIAGNÓSTICO	Nº	%
Confirmado	22	69%
Descartado	7	22%
Probable	3	9%
Total general	32	100%

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Del total de daños reportados, el 69% son confirmados, mientras que el 22% se descartaron; quedando un 9% como probable por encontrarse resultados pendientes.

Tabla N° 2.6 Casos Confirmados De Daños De Notificación Obligatoria

DAÑO	Nº	%
Hepatitis B	5	23%
Varicela sin complicaciones	5	23%
Síndrome de Guillain-Barre	3	14%
Leptospirosis	2	9%
Loxocelismo	1	5%
Tos ferina	1	5%
Dengue Sin Señales De Alarma	1	5%
Malaria P.Vivax	1	5%
Varicela con otras complicaciones	1	5%
Muerte materna indirecta	1	5%
Sífilis congénita	1	5%
Total general	22	100%

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

De los casos confirmados el mayor porcentaje corresponde a Hepatitis "B" y Varicelas no complicadas (23%), seguido de Síndrome de Guillan Barré y Leptospirosis con 14 y 9% respectivamente.

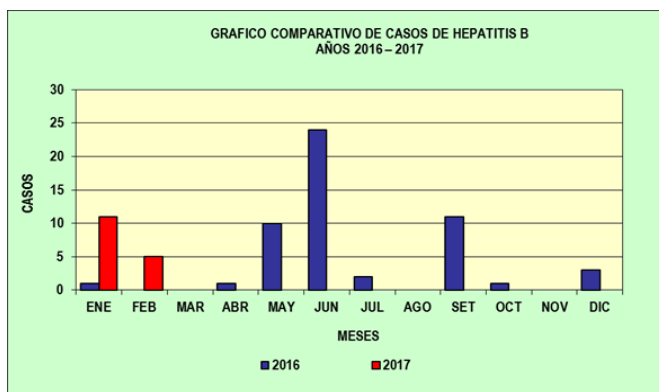
Tabla N°2.7 Casos De Daños De Notificación Obligatoria

DAÑO	TIPO DE DIAGNÓSTICO						TOTAL	
	CONFIRMADO		DESCARTADO		PROBABLE		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Hepatitis B	5	23%	0	0%	0	0%	5	16%
Leptospirosis	2	9%	1	14%	2	67%	5	16%
Varicela sin complicaciones	5	23%	0	0%	0	0%	5	16%
Síndrome de Guillain-Barre	3	14%	0	0%	0	0%	3	9%
Dengue Con Señales De Alarma	0	0%	3	43%	0	0%	3	9%
Dengue Sin Señales De Alarma	1	5%	1	14%	0	0%	2	6%
Bartonelosis aguda	0	0%	2	29%	0	0%	2	6%
Malaria P. Vivax	1	5%	0	0%	0	0%	1	3%
Varicela con otras complicaciones	1	5%	0	0%	0	0%	1	3%
Enfermedad de Chagas	0	0%	0	0%	1	33%	1	3%
Tos ferina	1	5%	0	0%	0	0%	1	3%
Sífilis congénita	1	5%	0	0%	0	0%	1	3%
Loxocelismo	1	5%	0	0%	0	0%	1	3%
Muerte materna indirecta	1	5%	0	0%	0	0%	1	3%
Total general	22	100%	7	100%	3	100%	32	100%

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Observamos que la Hepatitis “B” la varicela sin complicaciones representan el mayor % de casos confirmados (23%), mientras que los casos de Dengue (4) y Bartonelosis (2) fueron descartados. Queda un caso (1) probable de enfermedad de Chagas por estar pendiente los resultados del I.N.S

Gráfico N°2.1 Comparativo De Casos De Hepatitis B



Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

En Febrero 2017 el reporte de casos de hepatitis” B “se ha incrementado en relación al año anterior, se observa que en los meses de Febrero, Marzo, Agosto y Noviembre 2016, no se notificó ningún caso por falta de insumos en Laboratorio

Tabla N° 2.8 Atenciones De Diarrea Acuosa Aguda Según Grupo Etario Distrito De Procedencia Febrero 2017.

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Se atendieron un total de 246 casos de diarrea acuosa, de los cuales la mayor frecuencia corresponde al grupo de 5 años a más; seguido de 1 a 4 años; siendo Lima y La Victoria los distritos de mayor procedencia por ser aledaños a la institución

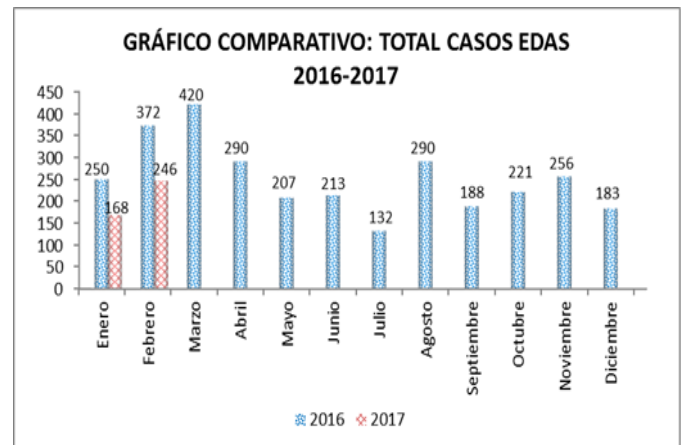
Tabla N° 2.9 Atenciones De Diarrea Disentérica Según grupo Etario Distrito De Procedencia Febrero 2016

DISTRITO	Nº DE CASOS			Total
	< 1 AÑO	1-4 AÑOS	5 a+	
LIMA	1	1	0	2
LA VICTORIA	1	0	0	1
SAN JUAN DE LURIGANCHO	0	1	0	1
Total general	2	2	0	4

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Se atendieron 4 casos de diarrea disentérica, que corresponden al grupo de 1 a 4 años y menores de 1 año; siendo Lima el distrito de mayor procedencia por ser cercano a la institución.

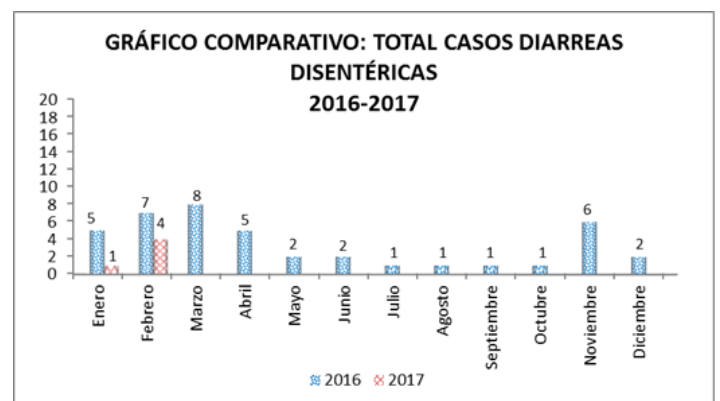
Gráfico N°2.2 Gráfico Comparativo. Total de casos de EDA. Febrero 2017.



Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Durante el mes de Febrero 2017 se realizaron 246 atenciones por EDA; observándose una disminución significativa en relación al año anterior.

Gráfico 2.3 Total de Casos de diarreas disentéricas 2016-2017



Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Tabla N° 2.10 Atenciones de Infección Respiratoria Aguda Según Grupo Etario y Distrito De Procedencia Febrero 2017

DISTRITO	N° DE CASOS			Total
	< 2 m	2-11 m	1-4 a	
LIMA	9	63	100	172
LA VICTORIA	5	16	30	51
EL AGUSTINO	0	10	9	19
SAN JUAN DE LURIGANCHO	0	3	5	8
ATE	0	2	3	5
RIMAC	0	1	3	4
COMAS	0	2	1	3
SAN MARTIN DE PORRES	0	1	1	2
VILLA EL SALVADOR	0	1	1	2
LURIGANCHO	0	0	2	2
SAN LUIS	0	1	1	2
SANTIAGO DE SURCO	0	0	1	1
VILLA MARIA DEL TRIUNFO	0	1	0	1
CHORRILLOS	0	0	1	1
SAN BORJA	0	1	0	1
CALLAO	0	1	0	1
SANTA ANITA	0	0	1	1
Total general	14	103	159	276

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

En Febrero 2017 se realizaron 4 atenciones por Eda Disentérica, siendo el grupo etario de 1 a 4 años el más afectado. En relación al año anterior las atenciones por Eda Disentérica han disminuido.

Se atendieron un total de 276 IRAS, de los cuales la mayor frecuencia corresponde al grupo de 1 a 4 años, seguido de 2 a 11 meses de edad.; siendo los distritos de Lima y La Victoria los de mayor procedencia.

Tabla N° 2.11 Casos De Síndrome Obstructivo Bronquial / Asma Según Grupo Etario Distrito De Procedencia. Febrero 2017

DISTRITO	N° DE CASOS		Total
	< 2 a	2-4 a	
LIMA	19	12	31
LA VICTORIA	9	3	12
EL AGUSTINO	1	1	2
SAN LUIS	1	1	2
RIMAC	2	0	2
COMAS	1	0	1
JESUS MARIA	1	0	1
SANTIAGO DE SURCO	1	0	1
SAN BORJA	1	0	1
SAN JUAN DE LURIGANCHO	1	0	1

Total general	37	17	54
----------------------	-----------	-----------	-----------

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Se atendieron un total de 54 casos de SOBA/ASMA, de los cuales el mayor número corresponde al grupo de Menores de 2 años, seguido de 2 a 4 años de edad; siendo los distritos de Lima y La Victoria los de mayor procedencia.

Tabla N° 2.12 Casos De Neumonía Según Grupo Etario Distrito De Procedencia Febrero 2017

DISTRITO	N° DE CASOS						Total
	< 2-11 m	1-4 a	5-9 a	10-19 a	20-59 a	60 a +	
LIMA	0	1	2	0	1	8	12
LA VICTORIA	0	0	1	0	2	1	4
SAN LUIS	0	0	0	0	0	1	1
EL AGUSTINO	0	0	0	0	0	1	1
SURQUILLO	0	0	0	0	0	1	1
ATE	0	0	0	0	1	0	1
COMAS	1	0	0	0	0	0	1
Total general	1	1	3	0	4	12	21

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Tabla N° 2.13 Hospitalizados de Neumonía Según Grupo Etario y Distrito De Procedencia. Febrero 2017.

DISTRITO	N° DE CASOS							Total
	< 2 m	< 2-11 m	1-4 a	5-9 a	10-19 a	20-59 a	60 a +	
LIMA	3	10	2	2	0	0	5	22
LA VICTORIA	0	2	2	1	0	2	1	8
SAN JUAN DE LURIGANCHO	0	2	1	0	0	0	0	3
ATE	0	0	1	0	0	1	0	2
SAN LUIS	0	0	1	0	0	0	1	2
VENTANILLA	0	1	0	0	0	0	0	1
SURQUILLO	0	0	0	0	0	0	1	1
VILLA EL SALVADOR	1	0	0	0	0	0	0	1
EL AGUSTINO	0	0	0	0	0	0	1	1
SAN MARTIN DE PORRES	0	0	1	0	0	0	0	1
Total general	4	15	8	3	0	3	9	42

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Se hospitalizaron un total de 42 pacientes por Neumonía, de diferentes grupos etarios; siendo los más afectados los lactantes de 2 a 11 meses de edad, seguido de los adultos mayores de 60 años.

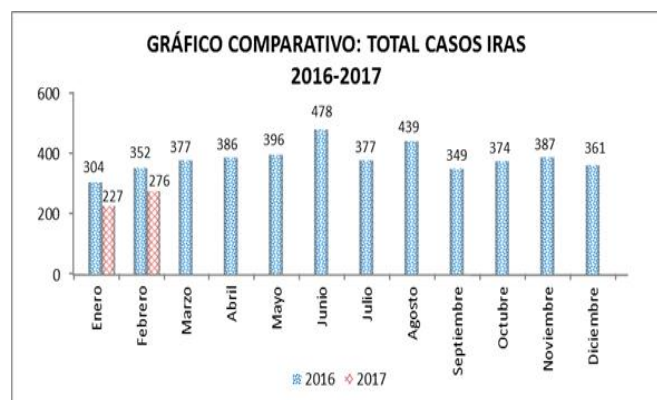
Tabla N° 2.14 Casos Hospitalizados De Neumonía Grave Enfermedad Muy Grave Según Grupo Etario y Distrito De Procedencia - Febrero 2017

DISTRITO	Nº DE CASOS			Total
	< 2 m	< 2-11 m	1-4 a	
LIMA	3	10	2	15
LA VICTORIA	0	2	2	4
SAN JUAN DE LURIGANCHO	0	2	1	3
VENTANILLA	0	1	0	1
ATE	0	0	1	1
VILLA EL SALVADOR	1	0	0	1
SAN LUIS	0	0	1	1
SAN MARTIN DE PORRES	0	0	1	1
Total general	4	15	8	27

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Se hospitalizaron un total de 27 casos de Neumonía Grave de los cuales el mayor número corresponde al grupo de 2 a 11 meses de edad; siendo los distritos de Lima y La Victoria los de mayor procedencia.

Gráfico 2.4 Gráfico comparativo Total Casos IRAS 2016- 2017



Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

En relación al año anterior, en el presente año las atenciones por IRAS han disminuido. Sobre todo en el grupo etario de 2 a 11 meses; observándose que en Febrero 2017 las IRAS se incrementaron en los menores de 2 meses.

Tabla N° 2.15 Cuadro Comparativo: Total Atenciones IRA por Grupo Etario 2016 - 2017

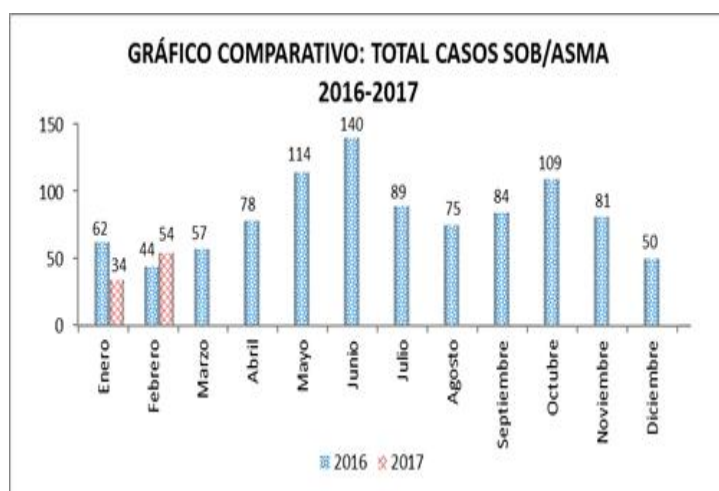
Mes	< 2 meses		2-11 meses		1-4 años	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017
Enero	6		115		183	
Febrero	7	14	95	103	250	159
Marzo	13		106		258	
Abril	11		104		271	
Mayo	12		121		263	

Junio	17	177	284
Julio	19	136	222
Agosto	82	160	270
Septiembre	3	105	241
Octubre	10	125	239
Noviembre	10	129	248
Diciembre	19	112	230

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

En relación al año 2016, en el presente mes las atenciones por IRAS han disminuido. Sobre todo, en el grupo etario de 2 a 11 meses.

Gráfico 2.5 Total de casos SOB/ASMA 2016-2017.



Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

En el mes de febrero del presente año se reportaron 54 casos de SOB/ASMA, habiendo un aumento con respecto al año 2016.

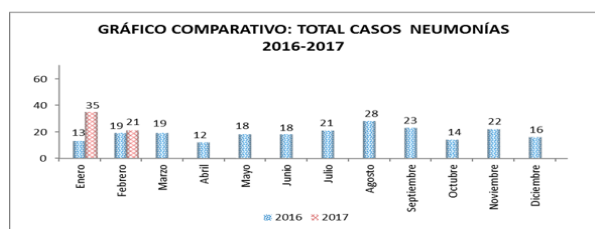
Tabla N° 2.16 Cuadro Comparativo: Total Casos SOB/ASMA por Grupo Etario.

Mes	< 2 años		2-4 años	
	2016	2017	2016	2017
Enero	29	21	33	13
Febrero	24	37	20	17
Marzo	24		33	
Abril	42		36	
Mayo	80		34	
Junio	80		60	
Julio	52		37	
Agosto	52		37	
Septiembre	47		37	
Octubre	73		36	
Noviembre	29		29	
Diciembre	37		13	

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

En relación al año anterior las atenciones de SOBA/ASMA en Febrero 2017, se han incrementado, haciéndose más notorio en el grupo etario de menores de 2 años.

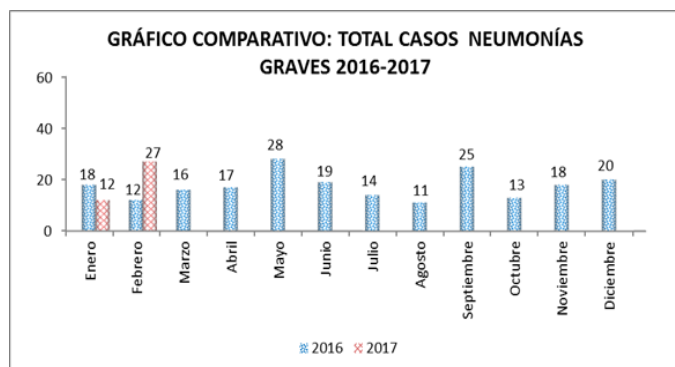
Gráfico 2.6 Total de casos de Neumonía 2016-2017



Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

En el mes de febrero se presentaron 21 casos de Neumonía en el hospital, comparado con 19 casos que se presentaron en el mes de febrero del año 2016, hubo un ligero incremento.

Gráfico 2.7 Total de casos de Neumonías Graves 2016-2017



Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Las hospitalizaciones por Neumonía Grave en los niños menores de 4 años durante el mes de Febrero 2017, se han incrementado en comparación al año anterior en un 50%. Del número total de casos de Neumonía en el mes de febrero, en el grupo etario de 60 a más años se presentó el mayor número, con 12 casos, seguido del grupo etario de 20 a 59 años con 4 casos.

Tabla N° 2.18 Cuadro Comparativo: Total de Casos Hospitalizados de Neumonías por Grupo Etario

Mes	< 2 meses		2-11 meses		1-4 años		5-9 años		10-19 años		20-59 años		60 años a más	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017
Enero	-	2	6	4	12	6	4	8	-	7	1	5	4	10
Febrero	1	4	3	15	8	8	1	3	-	-	2	3	4	9
Marzo	2		5		9		2		1		6		5	
Abril	1		5		11		4		4		1		1	
Mayo	1		7		20		3		1		5		8	
Junio	2		7		10		3		2		1		9	
Julio	2		5		7		2		-		9		8	

Agosto														
Septiembre	4		7		14		1		2		3		10	
Octubre	-		4		9		1		-		2		8	
Noviembre	3		8		7		4		1		2		5	
Diciembre	1		9		10		8		2		2		3	

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

En relación al año anterior las hospitalizaciones por Neumonía han aumentado en febrero 2017 en los menores de 2 a 11 meses con (15) casos; sin embargo, se observa que el incremento en los pacientes adultos mayores de 60 años (9) casos comparando con el mes de febrero del 2016.

Tabla N° 2.19 Cuadro Comparativo: Total Casos de Neumonías Graves Por Grupo Etario

Mes	< 2 meses		2-11 meses		1-4 años	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017
Enero	-	2	6	4	12	6
Febrero	1	4	3	15	8	8
Marzo	2		5		9	
Abril	1		5		11	
Mayo	1		7		20	
Junio	2		7		10	
Julio	2		5		7	
Agosto						
Septiembre	4		7		14	
Octubre	-		4		9	
Noviembre	3		8		7	
Diciembre	1		9		10	

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

De los hospitalizados en febrero en el servicio de Pediatría la mayor frecuencia corresponde al grupo Etario de 2 a 11 meses de edad con 15 casos, seguido del grupo etario de 1 a 4años con 8 casos.

Tabla N° 2.20 Atenciones De Febriles Según Mes De Ocurrencia

	FEBRERO
CASOS	250

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

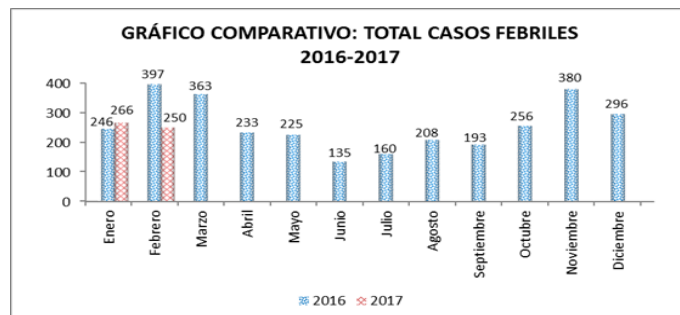
Tabla N° 2.21 Atenciones De Febriles Según Grupo Etario Distrito De Procedencia. Febrero 2017.

DISTRITO	N° DE CASOS						Total
	< 1 a	1-4 a	5-9 a	10-19 a	20-59 a	60 a +	
LIMA	39	88	28	7	16	6	182
LA VICTORIA	8	20	5	4	0	0	36
EL AGUSTINO	4	5	3	0	0	0	11
SAN LUIS	2	5	1	0	1	0	9
SAN JUAN DE LURIGANCHO	0	4	0	0	0	0	4
MAGDALENA VIEJA	0	0	1	0	0	0	1
SURQUILLO	0	1	0	0	0	0	1
SANTA ANITA	0	0	1	0	0	0	1
ATE	0	1	0	0	0	0	1
VILLA EL SALVADOR	0	1	0	0	0	0	1
COMAS	0	0	1	0	0	0	1
RIMAC	0	1	0	0	0	0	1
SAN MARTIN DE PORRES	1	0	0	0	0	0	1
Total general	54	126	40	11	17	6	250

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Se atendieron un total de 250 febriles por diferentes causas; de los cuales la mayor frecuencia corresponde al grupo etario de 1- 4 años, seguido de los menores de 1 año; fueron atendidos en consultorio de Pediatría por afecciones respiratorias y otros; siendo Lima y La Victoria los distritos de mayor procedencia.

Gráfico 2.9 Total de Casos Febriles 2016-2017

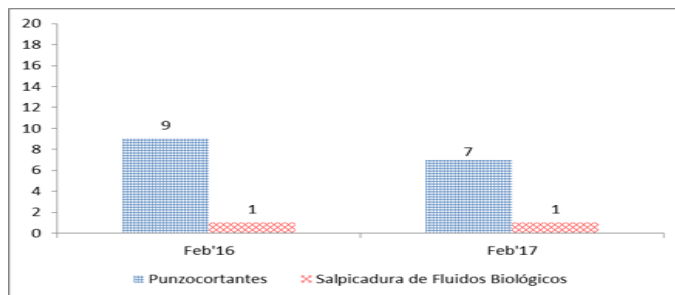


Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Se atendieron un total de 250 febriles por diferentes causas, de los cuales la mayor frecuencia corresponde al grupo etario de 1- 4 años (88) casos, seguido de los menores de 1 año (39) casos; fueron atendidos en consultorio de Pediatría por afecciones respiratorias y otros; siendo Lima y La Victoria los distritos de mayor procedencia.

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 Febrero del 2017, se notificaron 08 casos de Accidentes Laborales por exposición a Fluidos biológicos y/o Objetos punzocortantes, de los cuales 07 casos fueron ocasionados por exposición a objetos Punzocortantes (88%) y 01 caso fue originado por exposición a Fluidos Biológicos – Salpicaduras (13%).

Tabla N° 3.1: Accidentes Laborales por Exposición a Fluidos Corporales y/o Objetos Punzocortantes según Grupo Ocupacional según grupo ocupacional. Enero 2017.

Grupo Ocupacional	Salpicadura		Punzocortantes		Total Mes		N° Acum. A feb	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Interno Medicina	0	0	2	29	2	25	4	33
Estudiante de Enfermería	0	0	2	29	2	25	2	17
Estudiante de Medicina	1	100	1	14	2	25	2	17
Médico Residente	0	0	1	14	1	13	1	8
Enfermera	0	0	0	0	0	0	1	8
Interno Tecnología Médica	0	0	0	0	0	0	1	8
Personal Limpieza	0	0	1	14	1	13	1	8
Total	1	100	7	100	8	100	12	100

Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales - HNDM

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 (88%), siendo los Internos de Medicina, Estudiantes de Enfermería, Estudiantes de medicina los que presentan el mayor número de casos (25%) respectivamente.

Tabla N°3.2: Accidentes Laborales por Exposición a Fluidos Corporales y/o Objetos Punzocortantes según sexo. Febrero. 2017

Sexo	Salpicadura		Punzocortantes		Total Mes		N° ACUM. A FEB	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Masculino	1	100	4	57	5	63	8	67
Femenino	0	0	3	43	3	38	4	33
Total	1	100	7	100	8	100	12	100

Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales – HNNDM

En Febrero del presente año se observa que la ocurrencia de casos de accidentes laborales por exposición a Fluidos Biológicos y/o objetos punzocortantes se ha presentado en personal de salud de sexo masculino (63%), seguido del sexo femenino (38%).

Tabla N° 3.3: Accidentes Laborales por Exposición a Fluidos Corporales y/o Objetos Punzocortantes según Servicio de Ocurrencia. Febrero. 2017

Servicio donde ocurre el accidente	Salpicadura		Punzocortantes		Total Mes		N° ACUM. A FEB	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Emergencia Adultos	1	100	4	57	5	63	8	67
Patología Clínica y Anatomía Patológica	0	0	0	0	0	0	1	8
SOP Emergencia	0	0	1	14	1	13	1	8
Santo Toribio	0	0	1	14	1	13	1	8
Urología I-1	0	0	1	14	1	13	1	8
Total	1	100	7	100	8	100	12	100

Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales - HNNDM

Se observa que el servicio donde labora el trabajador más expuesto ha sido Emergencia adultos (63%).

Tabla N° 3.4: Accidentes Laborales por Exposición a Fluidos Corporales y/o Objetos Punzocortantes Según Grupo Etéreo

Grupo etario	Salpicadura		Punzocortantes		Total Mes		N° ACUM. A FEB	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
De 20 a 29 años	1	100	5	71	6	75	9	75
De 30 a 39 años	0	0	1	14	1	13	2	17
De 40 a 49 años	0	0	1	14	1	13	1	8
De 50 años a más	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	1	100	7	100	8	100	12	100

En febrero del 2017 el Grupo etario que presenta el mayor número de casos de Accidentes laborales por exposición a Fluidos biológicos y/o objetos punzocortantes se ha presentado en el grupo de edades de 20 – 29 años (75%), seguido del grupo etario de 30 – 39 años (25%).

Tabla N° 3.5 Circunstancias Asociadas a los Accidentes Laborales Por Exposición a Fluidos Corporales y/o Objetos Punzocortantes

Circunstancias asociadas a los accidentes	Salpicadura		Punzocortantes		Total Mes		N° ACUM. A FEB	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Después de uso de material, antes de descartarlo	0	0	0	0	0	0	1	8
Durante la segregación de objetos punzocortantes	0	0	1	14	1	13	3	25
Durante un procedimiento (adm. Tito., inserción cvp, cvc, etc.)	1	100	1	14	2	25	4	33
Al reencapsular una aguja usada	0	0	2	29	2	25	2	17
Durante procedimiento Quirúrgico	0	0	1	14	1	13	1	8
Durante Toma de muestra Hemoglucotex	0	0	2	29	2	25	1	8
Durante segregación de residuos hospitalarios	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	1	100	7	100	8	100	12	100

Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales – HNNDM

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 estuvieron relacionadas en el mes de febrero a los procedimientos de administración de tratamiento, inserción de cvp, cvc etc., al inadecuado reencapsulado de aguja usada y/o durante el procedimiento de toma de muestra de hemoglucotex con el (25%) respectivamente.

Tabla N° 3.6: Turnos Asociados a los Accidentes Laborales por Exposición a Fluidos Corporales y/o Objetos Punzocortantes. Febrero 2017.

Turno en que sucedió el accidente	Salpicadura		Punzocortantes		Total Mes		N° ACUM. A FEB	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Mañana	0	0	3	43	3	38	6	50
Tarde	0	0	2	29	2	25	3	25
Noche	1	100	2	29	3	38	3	25
Total	1	100	7	100	8	100	12	100

Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales - HNNDM

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 registran durante los turnos matutinos y/o turnos nocturnos con el (38%) respectivamente.

Tabla N° 3.7: Grado de Accidente Asociados los Accidentes Laborales por Exposición a Objetos Punzocortantes

Grado de accidente	Punzocortantes		N° ACUM. A FEB	
	N°	%	N°	%
Superficial	7	100	7	88
Moderado	0	0	1	13
Total	7	100	8	100

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 88%), moderado (con perforación superficial, escaso sangrado 13%).

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

Estado de vacunación para VHB en el trabajador	Salpicadura		Punzocortantes		Total Mes		N° ACUM. A FEB	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
No	0	0	0	0	0	0	0	0
Una dosis	0	0	0	0	0	0	0	0
Dos dosis	1	100	3	43	4	50	5	42
Tres dosis	0	0	4	57	4	50	7	58
Total	1	100	7	100	8	100	12	100

Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales - HNDM

En lo referente a la protección basada en la vacunación contra la Hepatitis B en Febrero del presente año, se observa que los trabajadores de salud expuestos cuenta con las dosis completas de vacuna de Hepatitis B y/o dos dosis de vacuna de Hepatitis B con el (50%) respectivamente.

Tabla N° 3.9: Dispositivos Específicos Asociados a los Accidentes Laborales por Exposición a Objetos Punzocortantes

Especificar el dispositivo que se uso	Punzocortantes		N° ACUM. A FEB	
	N°	%	N°	%
Agujas hipodérmicas solas	5	71	5	63
Lanceta de punción de dedo o talón	1	14	2	25
Aguja de sutura	1	14	1	13
Total	7	100	8	100

Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales - HNDM

En Febrero del presente año, el dispositivo específico al que estuvieron relacionados los accidentes laborales por exposición a objetos punzocortantes fue por agujas hipodérmicas (63%), seguida de lancetas (25%).

Tabla N° 3.10: Zona de Localización Asociados a los Accidentes Laborales por Exposición a Objetos Punzocortantes

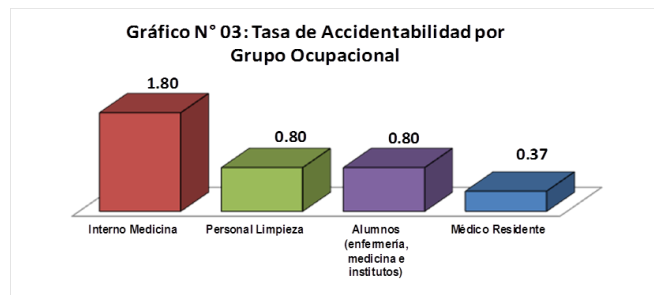
Zona de Localización del Accidente	Punzocortantes		N° ACUM. A FEB	
	N°	%	N°	%
Índice izquierdo, palma	4	57	4	50
Índice derecho, palma	1	14	1	13
Pulgar derecho, palma	0	0	1	13
Anular derecho, dorso	1	14	1	13
Muñeca mano derecha, palma	1	14	1	13
Total	7	100	8	100

Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales - HNDM

El 50% de los Accidentes por exposición a objetos punzocortantes según localización de la lesión se presentó en dedo índice izquierdo, palma.

En Febrero del presente año, se observa que los Accidentes por exposición a Fluidos biológicos según localización de la lesión se han presentado con mayor frecuencia en ojo derecho (50%).

Gráfico N° 3.02: Tasa de Accidentabilidad por Grupo Ocupacional Febrero 2017



Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales - HNDM

En Febrero del presente año, se aprecia que la mayor ocurrencia de accidentes laborales por exposición a Fluidos biológicos y/o objetos punzocortantes se ha presentado en Internos de Medicina (1.80%).

4. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE MORTALIDAD NEONATAL Y FETAL.

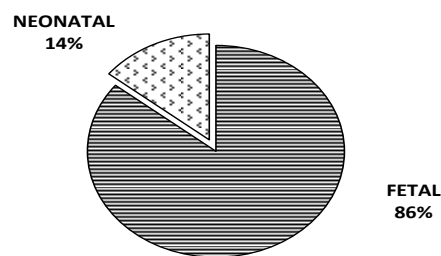
La Mortalidad Perinatal es un evento de salud pública de notificación obligatoria y su vigilancia está normada por la Norma técnica sanitaria N° 079-MINSA/DGE que establece el Subsistema Nacional de Vigilancia epidemiológica Perinatal y neonatal, el cual incluye la vigilancia de las muertes fetales y neonatales.

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.

Gráfico N° 4.1: Distribución de Mortalidad fetal y neonatal. Febrero 2017.

Grupo Ocupacional	Nº	Población	Tasa
Interno Medicina	2	111	1.80
Personal Limpieza	1	125	0.80
Alumnos (enfermería, medicina e institutos)	4	500	0.80
Médico Residente	1	270	0.37
TOTAL	8		

Gráfico N° 01: Distribución de Mortalidad Fetal y Neonatal, hasta Febrero - 2017



Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

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 Febrero del 2017, se ha notificado 07 casos de Mortalidad Perinatal, siendo 06 casos Muertes Fetales (86%) y un caso de Muerte Neonatal (14%).

Tabla N° 4-1: Muertes Fetales y Neonatales, según peso al nacer y Tipo de Parto, según peso al nacer y momento de muerte, Febrero - 2017

Peso/Denominación	Tipo Parto		Muerte Fetal			Tipo Parto		Muerte Neonatal			
	Vaginal	Cesárea	Ante parto	Intra parto	Total	Vaginal	Cesárea	< 24 Horas	1-7 Días	8-28 Días	Total
500 - 999 grs	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1
1000 - 1499 grs	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0
1500 - 1999 grs	1	1	2	0	2	0	0	0	0	0	0
2000 - 2499 grs	0	1	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	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0
3500 - 3999 grs	0	1	1	0	1	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
TOTAL	3	3	6	0	6	1	0	1	0	0	1

Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

Hasta Febrero del presente año se evidencia en la Tabla N° 01 (Aplicativo Analítico BABIES), la ocurrencia de 07 casos de Mortalidad Perinatal, de los cuales 06 casos corresponden a Natimueyos y solo un caso de Mortalidad Neonatal.

En Febrero del presente año, solo se ha presentado un caso de Muerte Fetal, no se han presentado casos de Mortalidad neonatal. Hasta la fecha, el patrón epidemiológico de los 06 casos de Mortalidad Fetal, son con edades gestacionales de 30 a 38 semanas, con pesos de 1.424 – 3.582 gramos; siendo la causa básica más frecuente de Muerte fetal desconocida, con CPN insuficiente, nacidos de parto vaginal (03 casos) y 03 de ellos por cesárea.

El patrón epidemiológico de la Muerte Neonatal fue con edad gestacional de 22 semanas de gestación, con pesos de 570 gramos, con CPN insuficiente,

nacidos de parto por cesárea; siendo la causa básica de Mortalidad Neonatal por Prematuridad Extrema. Además se evidencia en la Vigilancia epidemiológica de Mortalidad Perinatal la disminución en la cobertura del control prenatal, evidenciándose déficit en la calidad de este servicio, lo que tiene como consecuencia que no se reconozcan y traten oportunamente las complicaciones maternas.

Tabla N° 4-2: Muerte Fetal según codificación CIE – 10 y peso al Nacimiento, Febrero – 2017.

Fuente: Base de datos del VEA-HNDM.

Según codificación CIE-10 las causas básicas de Mortalidad Fetal fueron por Muerte Fetal de causa no especificada (86%).

Tabla N° 4.3. Muerte Neonatal según codificación CIE – 10 y peso al Nacimiento, Febrero – 2017.

DIAGNÓSTICOS	CÓDIGO CIE X	PESO AL NACIMIENTO						TOTAL
		500 - 999 grs.	1000 - 1499 grs.	1500 - 1999 grs.	2000 - 2499 grs.	2500 - 2999 grs.	≥ 3000 grs.	
INMATURIDAD EXTREMA	P07.2	1	0	0	0	0	0	1
TOTAL GENERAL		1	0	0	0	0	0	1

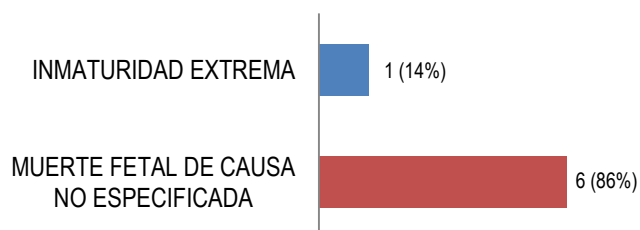
Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

La causa más frecuente de Mortalidad Neonatal es Inmadurez extrema (14%).

Gráfico N° 4.02: Tipos de Mortalidad Fetal y Neonatal Febrero - 2017

DIAGNÓSTICOS	CÓDIGO 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	2	1	0	2	6
TOTAL GENERAL		0	1	2	1	0	2	6

Gráfico N° 4.02: Tipos de Mortalidad Fetal y Neonatal, Febrero - 2017

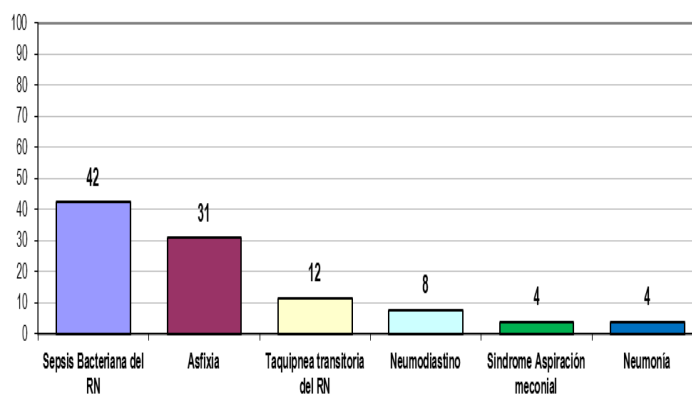


Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

Hasta Febrero del presente año, la Muerte Fetal de causa no especificada ocupan el mayor número de casos (86%), seguido de Prematuridad Extrema (14%).

Gráfico N° 4.03: Complicaciones Neonatales HNDM – Febrero.2017.

Gráfico N° 03: Complicaciones Neonatales, HNDM. Febrero - 2017



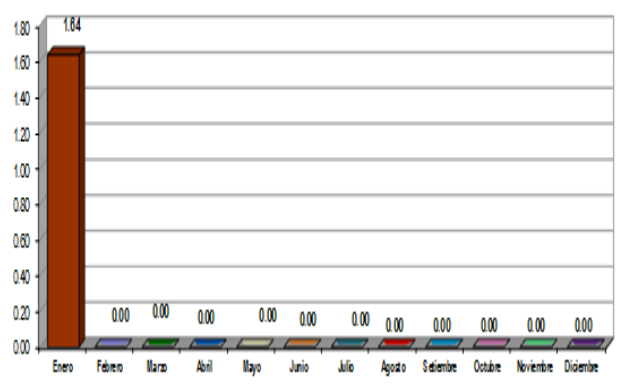
Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

Durante Febrero del presente año se atendieron 26 recién nacidos complicados; con una Muerte neonatal. Las complicaciones más frecuentes siguen siendo la Sepsis Neonatal con 11 casos (42%), seguido de Asfixia Perinatal con 08 casos (31%).

Además se observa que la Tasa de incidencia de bajo peso al nacer es de 81.34 x 1000 recién nacidos vivos.

Gráfico N° 4.04: Tasa de Letalidad de complicaciones Neonatales, Febrero 2017.

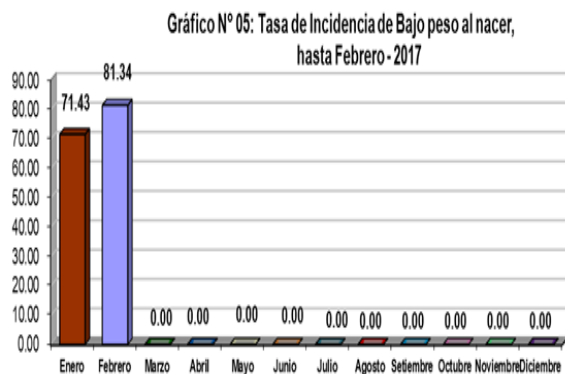
Gráfico N° 04: Tasa de Letalidad de complicaciones Neonatales, hasta Febrero - 2017



Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

En Febrero del presente año, respecto a la Letalidad, no se han presentado casos de Mortalidad Neonatal

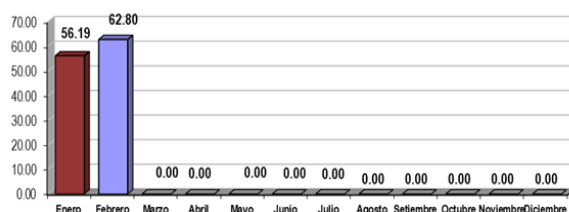
Grafico N° 4.05: Tasa de Incidencia de Bajo peso al nacer. Febrero 2017.



Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

En Febrero del presente año, se observa que la Tasa de incidencia de bajo peso al nacer es de 81.34 x 1000 recién nacidos vivos.

Grafico N° 4.06: Tasa de Cesárea General. Febrero 2017.

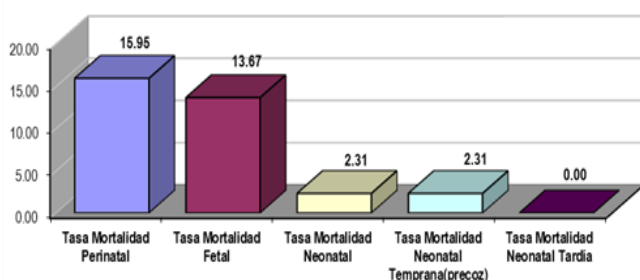


Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

La proporción de partos complicados sigue siendo alta (78.74%), dado que el HNDM es un Establecimiento de referencia nacional. En Febrero la tasa de cesárea general fue de 62.80 %.

La tasa de cesárea en RN de bajo peso al nacer fue de 7.73 %, 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 13.04% y la tasa de cesárea con RN macrosómicos es de 9.66%.

Gráfico N° 07: Tasas de Mortalidad Fetal y Neonatal, hasta Febrero - 2017



Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

En relación a las Tasas de Mortalidad Perinatal, se puede apreciar en Febrero del presente año, que la Tasa de Mortalidad Perinatal es de 15.95 x 1000 nacimientos, la tasa de Mortalidad Neonatal fue de 2.31 x 1000 RN Vivos, la Tasa de Mortalidad neonatal precoz es de 2.31 x 1000 RN Vivos; la Tasa de Mortalidad Fetal es de 13.67 x 1000 nacimientos.

5. EVALUACIÓN POR DEPARTAMENTOS DEL MANEJO DE RESIDUOS HOSPITALARIOS.

En la evaluación del manejo de residuos sólidos por departamento, en el mes de enero de 2017, el departamento de Emergencia obtuvo un puntaje de "Regular" al 100% de los ítems de evaluación. (Ver Tabla N°:4.1).

Tabla N°5.1. Evaluación por departamentos del manejo de residuos sólidos hospitalarios. Febrero 2017.

DEPARTAMENTOS	CALIFICACIÓN		
	BUENO (%)	REGULAR (%)	MALO (%)
DEPARTAMENTO DE MEDICINA	60	40	
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MEDICA	83	17	
DEPARTAMENTO DE CIRUGIA	67	33	
DEPARTAMENTO DE GINECO- OBSTETRICIA	50	50	
DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA	50	50	
DEPARTAMENTO DE ODONTO ESTOMATOLOGIA		100	
DPTO. DE DIAGNOSTICO POR IMÁGENES	100		
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	100		
DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGÍA Y CENTRO QX	100		
DEPARTAMENTO DE EMERGÉNCIA		100	
DEPARTAMENTO DE FARMÁCIA	100		
DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA CLINICA	100		
DEPARTAMENTO DE BANCO DE SANGRE Y HEMOT.	100		
DEPARTAMENTO DE CIRUGIA DE TÓRAX Y CARDIOVASCULAR.	100		

Fuente: Base de datos del E.T. de Salud Ambiental -OESA-HNDM

ACTUALIDAD EN EPIDEMIOLOGÍA

Vigilancia Epidemiológica del *Aedes aegypti*: Distribución y factores ambientales y sociales que contribuyen a la diseminación del vector.

I. Antecedentes

El *Aedes aegypti*, artrópodo de la familia Culicidae, es el vector principal para el virus del dengue, así como otras enfermedades como la Fiebre Amarilla, Chikungunya y Zika. Se encuentra presente en las Américas, excepto en Canadá y Chile continental (1). Su amplia distribución implica la transmisión de múltiples serotipos del virus del dengue, resultando en una hiperendemicidad en muchos países.

En el Perú, la reintroducción del *Aedes aegypti* fue detectada en 1984 en Loreto, luego se dispersó hacia regiones vecinas como San Martín y la selva central (Satipo y Chanchamayo), hasta el 2011 se había identificado en 269 distritos y 18 regiones (casi la tercera parte del país). En Lima se registró por primera vez en el año 2000 en cinco distritos (La Victoria, El Agustino, Rímac, San Juan de Lurigancho y Cercado de Lima), posteriormente se extendió a otros 26 distritos de Lima y 3 distritos del Callao (2).

Durante la tercera semana de mayo del 2015 en el distrito de Churubamba, ubicada aproximadamente a 23 km de Huánuco se colectaron larvas y pupas de culicineos sospechosos de *Aedes aegypti*, los que se encontraron en contenedores abandonados (llantas con agua). En la región Ica la búsqueda de *Aedes aegypti* se realizó ante una sospecha probable de caso de dengue autóctono en el distrito de Parcona, donde se colectaron 109

larvas y 2 pupas, cuyos criaderos fueron bidones, cilindros, pozas y floreros. En ambos casos las muestras fueron transportadas al laboratorio de entomología del Instituto Nacional de Salud donde se realizó la identificación taxonómica y se confirmó la presencia de *Aedes aegypti* en la región Ica y la ciudad de Huánuco constituyéndose así 20 regiones infestadas con este vector.

Los casos de dengue en el Perú en los últimos 5 años han tenido una tendencia creciente: 29688 casos (en 2016), 35813 (2015), 19043 (2014), 13833 (2013), 28505(2012). El Perú, es un país endémico con alta incidencia de la enfermedad principalmente en cuatro regiones de la zona norte: Piura, Lambayeque, La Libertad y Tumbes; y en cuatro regiones en la zona este: Amazonas, Loreto, Madre de Dios y Ucayali. (3).

Este aumento progresivo de casos se debe a factores importante como: factores ambientales, entre ellos los cambios climáticos, donde se percibe el incremento del calentamiento global, los fenómenos del Niño, que influyen en la intensidad y duración de las temporadas de lluvia o provocan intensas sequías y daños a la biodiversidad, además de causar alteraciones en los ecosistemas creando condiciones favorecedoras para la diseminación del *Aedes aegypti*. Factores sociales también relacionados son el

crecimiento poblacional, las migraciones y la urbanización no controlada que se asocia a su vez a la falta de servicios básicos y el modo de actuación que tiene que ver con el comportamiento de las persona (Almacenamiento inadecuado de agua), práctica de hábitos y costumbres como depósito de ofrendas en vasos o copas, recipientes no adecuados para el almacén de agua o para alimentación de animales, etc. (4)

Esta situación nos conduce a resaltar la importancia de acciones preventivas para la transmisión de este vector. La vigilancia epidemiológica del *Aedes aegypti* consiste en un conjunto de procesos descentralizado y orientado al registro sistemático de información sobre la distribución del *Aedes aegypti*, la medición relativa a su población a lo largo del tiempo para su análisis constante que permita prevenir y/o controlar su dispersión, así como implementar acciones de control oportunas y eficaces.

Las actividades de vigilancia y control del *Aedes aegypti*, se implementarán en todos los departamentos que reportan la presencia de este vector o que presenten localidades con riesgo de introducción del mismo, según las indicaciones de la Norma Técnica de Salud de Vigilancia y Control de *Aedes aegypti*. (5)

II. Situación actual

La Vigilancia Entomológica es un proceso descentralizado, sostenible y orientado al levantamiento sistemático de información sobre la distribución del *Aedes aegypti*, la medición relativa de su población a lo largo del tiempo para

su análisis constante que permita prevenir y/o controlar su dispersión, así como detectar la posible introducción de otros vectores como el *Ae. albopictus*, con la finalidad de hacer oportunas y eficaces acciones de control.

Tiene como fin establecer las evidencias para estudiar el comportamiento del vector, su nivel de dispersión e infestación a fin de definir las necesidades de aplicación de un control preventivo en el momento oportuno y evitar la transmisión de la enfermedad.

El hallazgo de *Aedes Aegypti* en nuevas regiones del Perú en los últimos años, posiblemente no se deba a una introducción reciente del vector, sino a una progresiva expansión hacia áreas favorables para su desarrollo.

Se suma en la actualidad, las condiciones ambientales como resultado del fenómeno del niño costero, causado por el calentamiento anómalo de la franja marítima del pacífico, que viene originando la humedad suficiente para desencadenar las fuertes lluvias, que por ejemplo viene soportando ciudades como Tumbes, Piura, La Libertad y Lambayeque, sierra central, selva norte central y sur, crearía el ambiente favorable para el incremento de la población de los vectores y en consecuencia alto riesgo de transmisión de la enfermedad en la población susceptible.

La vigilancia entomológica poco oportuna puede contribuir a una demora en el hallazgo del *Aedes aegypti* en nuevas localidades, con el consecuente riesgo de que una localidad o región en la cual no se conocía su presencia, pueda ocurrir la aparición de casos de dengue, tal como ha sucedido en el distrito de Ayna, Ayacucho en el 2015 (5)

De acuerdo a la Dirección General de Epidemiología (DGE), en su Boletín

Epidemiológico SE8 2016, el vector del dengue *Aedes aegypti* se encuentra distribuido en 20 regiones del país, comprometiendo 385 distritos infestados, donde habitan 18' 434,597 personas que están el riesgo de adquirir la enfermedad (Tabla 1).

Tabla 1. Número de distritos infestados por *Aedes Aegypti* por departamento, 2016.

DEPARTAMENTO	DISTRITOS INFESTADOS POR AEDES AEGYPTI
LIMA	40
PIURA	39
LA LIBERTAD	19
CALLAO	4
LORETO	26
SAN MARTIN	74
LAMBAYEQUE	18
ICA	23
ANCASH	8
JUNIN	14
UCAYALI	11
HUANUCO	20
CAJAMARCA	27
TUMBES	13
AMAZONAS	14
CUSCO	13
MADRE DE DIOS	10
PASCO	5
AYACUCHO	5
PUNO	2
TOTAL	385

Fuente : DIGESA - MINSA

En las principales áreas de transmisión existen distritos donde persisten altos niveles de infestación, los cuales varían en función de las condiciones ambientales, sociales y las acciones de control vectorial que se vienen realizando en las regiones. Esto conlleva a que las tendencias nacionales de los casos semanales de dengue en el presente año se muestren en un aumento sostenido, principalmente en los departamentos de Piura, Loreto, Ucayali, Ica, Ayacucho, La Libertad, Lambayeque y Cusco donde el 85,3 % (4 514) de los casos de dengue fueron notificados. (Tabla 2).

Tabla N°2 Casos y formas clínicas de dengue, Perú, 2017 (a la SE 9).

Departamento	Casos	%	Forma clínica						Fallecidos		
			Dengue s/signos alarma		Dengue c/signos alarma		Dengue grave		Fallecidos		
			N°	%	N°	%	N°	%	Confirmado	Probable**	
PIURA	1017	19,2	882	86,7	132	13,0	3	0,3	1	0	1
LORETO	828	15,7	769	92,9	55	6,6	4	0,5	2	0	2
UCAYALI	682	12,9	542	79,5	134	19,6	6	0,9	0	0	0
ICA	618	11,7	585	94,7	31	5,0	2	0,3	0	0	0
AYACUCHO	436	8,2	418	95,9	15	3,4	3	0,7	1	0	1
LA LIBERTAD	390	7,4	307	78,7	83	21,3	0	0,0	0	0	0
LAMBAYEQUE	286	5,4	280	97,9	6	2,1	0	0,0	0	0	0
CUSCO	257	4,9	236	91,8	19	7,4	2	0,8	0	0	0
TUMBES	201	3,8	193	96,0	8	4,0	0	0,0	0	0	0
SAN MARTIN	168	3,2	114	67,9	54	32,1	0	0,0	0	0	0
ANCASH	96	1,8	93	96,9	3	3,1	0	0,0	0	0	0
CAJAMARCA	77	1,5	75	97,4	2	2,6	0	0,0	0	0	0
JUNIN	72	1,4	68	94,4	4	5,6	0	0,0	0	0	0
HUANUCO	66	1,2	50	75,8	16	24,2	0	0,0	0	0	0
MADRE DE DIOS	62	1,2	41	66,1	21	33,9	0	0,0	0	0	0
LIMA	15	0,3	14	93,3	1	6,7	0	0,0	0	0	0
AMAZONAS	13	0,2	12	92,3	1	7,7	0	0,0	0	0	0
PASCO	3	0,1	2	66,7	1	33,3	0	0,0	0	0	0
EN INVESTIGACION*	2	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0
Total	5269	100,0	4683	88,5	586	11,1	20	0,4	4	0	4

Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades.

La fiebre Chikungunya, es una enfermedad causada por el virus Chikungunya. La enfermedad de Zika es producida por el arbovirus del género flavivirus denominado Zika, muy cercano filogenéticamente al virus como el Dengue y Fiebre Amarilla. Estas dos enfermedades que también son transmitidas por el *Aedes aegypti* y *A. Albopictus*, a través de la transmisión de un huésped virémico del cual el mosquito es capaz de transmitir a un huésped susceptible.

Con respecto a la fiebre Chikungunya, en el 2016 fueron registrados 272 casos notificados en el país en los departamentos de Tumbes, Loreto, Piura, Madre de Dios, Huánuco y San Martín. El 85.7% fueron notificados por Tumbes. El 48.2% (131 casos) fueron confirmados, de ellos el 93% (122) en Tumbes.

Con relación al virus Zika en el 2016 se ha notificado: 151 casos importados de los cuales se ha confirmado 21 y 2307 casos autóctonos de los cuales fueron confirmados 389 casos.

Por otro lado, el comportamiento de riesgo de la población como el almacenamiento inadecuado

de agua, uso de floreros y maceteros, formación de criaderos en tanques, inservibles, las lloviznas persistentes en todo Lima Metropolitana de acuerdo a la vigilancia entomológica y por ovitrampas y de acuerdo a la evaluación de riesgo potencial epidémico por la DISA Lima Este consideran una muy alta probabilidad de brotes de Dengue, Chikungunya e introducción del Virus ZIKA y otras enfermedades transmisibles.

Por lo anteriormente mencionado la DISA Lima Este lanza una alerta epidemiológica la que en cumplimiento del artículo 17° de la ley N°27657 Ley del Ministerio de Salud y de acuerdo a la Resolución Ministerial N°095-2015/MINSA, indica a las Oficinas de Epidemiología y responsables de Vigilancia Epidemiológica en las Direcciones de Salud, Redes, Microrredes y todos los establecimientos de salud públicos y no públicos cumplir con dicha función, declara en **Alerta Epidemiológica** en todo el ámbito de la DISA IV Lima este y todo Lima Metropolitana, entre el 15 de Marzo y el 30 de Junio 2017, para el fortalecimiento de las medidas correspondientes intensificando la vigilancia epidemiológica, prevención y control de posibles brotes, vigilancia entomológica, organización de servicios de salud para respuesta con identificación y diagnóstico, manejo adecuado de casos en los establecimiento de salud del ámbito jurisdiccional. Debiendo adoptar las siguientes recomendaciones en forma inmediata:

1. Intensificar la vigilancia epidemiológica de casos con alerta máxima en todos los establecimientos de salud para la detección precoz y atención oportuna de caso de dengue e identificación de casos de Chikungunya y Zika.

2. Realizar notificación inmediata, dentro de las 24 horas de conocido el caso en: Todo incremento de febriles, todo caso probable de dengue, todo caso probable o confirmado de dengue grave, todo caso sospechoso, probable o confirmado de fiebre de Chikungunya, todo caso sospechoso, caso asintomático o sintomático de Zika y toda defunción probable o confirmada de dengue o Chikungunya o ZIKA.
3. Intensificar la vigilancia de febriles.
4. Garantizar la toma de muestra de suero en los primeros 5 días de inicio de cuadro febril.
5. Garantizar la capacitación del personal de salud para la detección de señales o signos de alarma.
6. Organizar los servicios de salud para la detección y el manejo adecuado de los casos y prever disponibilidad de medicamentos e insumos.
7. Fortalecer la organización e implementación de acciones de vigilancia y control de Aedes Aegypti.
8. Fortalecimiento de la vigilancia entomológica
9. Instalar la sala de situación
10. Desarrollar actividades de Educación Sanitaria y Promoción de la Salud
11. Organizar, disponer y dotar de recursos necesarios para ejecutar actividades de control
12. Coordinar la respuesta sectorial y multisectorial
13. Difundir y socializar la presente alerta para conocimiento de las instituciones.

II. Conclusiones

- La tendencia nacional de los casos semanales de dengue muestra incremento sostenido, principalmente en los

departamentos de Piura, Tumbes, La Libertad, Ayacucho, Lambayeque, Cusco, Ucayali, San Martín, Junín, Huánuco, Ancash, Madre de Dios e Ica.

- Hasta la SE 9-2017, se han notificado 5289 casos de dengue, representa una disminución del 4,7 % de casos (258 casos) comparado al mismo periodo del año 2016.
- Intensificar la vigilancia epidemiológica de casos con alerta máxima en todos los establecimientos del sector salud para la detección oportuna y atención a los factores ambientales y sociales que contribuyan a la diseminación del *Aedes aegypti*.
- Realizar la Notificación inmediata (dentro de las 24 horas conocido el caso) e investigación epidemiológica en:
 - Todo incremento de Febriles.
 - Todo caso probable de Dengue, Fiebre Amarilla, Chikungunya y Zika.
 - Todo caso probable o confirmado de estas enfermedades.
 - Cualquier caso probable o confirmado de en zonas sin antecedentes de transmisión.
- Fortalecer la organización e implementación de acciones de vigilancia y control del *Aedes aegypti* y a su vez realizar la identificación de los escenarios de riesgo para para estos daños, de acuerdo a los resultados del levantamiento del Índice de Infestación de Aedes (HA) actual a través

de vigilancia entomológica para la prevención y control correspondiente.

- Organizar, disponer y dotar de los recursos necesarios: Humanos, insumos, materiales, medicamentos, equipos y otros para ejecutar las actividades de control en potenciales situaciones de brotes.
- Es necesario fortalecer la capacidad de respuesta de los servicios de salud para un diagnóstico y tratamiento precoz de los casos, además de las acciones de prevención y control que adopten oportunamente las Diresas, Geresas y Disas que están presentando o están en riesgo de presentar brotes de dengue y otras enfermedades transmitidas por el vector.

Bibliografía:

- (1) PAHO /WHO. (20 de marzo 2017). *Aedes aegypti: medidas para el control del vector*. Disponible en: http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=4503%3A2010-aedes-aegypti-medidas-control-vector&catid=4243%3Amedia-center&Itemid=40264&lang=es
- (2) Ministerio de Salud Perú. Resumen de las enfermedades o eventos bajo vigilancia epidemiológica en el Perú. Bol Epidemiol (Lima). 2014; 23 (22):442-6.
- (3) Dirección General de Salud. Boletín epidemiológico. Semana epidemiológica N°9. Volumen 26 (Lima). p.1, 2017.
- (4) Terazón Miclín Oneida, Terazón Miclín María. Enfoque de riesgo en la prevención del dengue. MEDISAN [Internet]. 2012 Sep [citado 2017 Mar 24]; 16(9): 1428-1437. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012000900014&lng=es
- (5) REQUENA-ZUNIGA, Edwin; MENDOZA-URIBE, Leonardo y GUEVARA-SARAVIA, Mónica. Nuevas áreas de distribución de *Aedes aegypti* en Perú. *Rev. peru. med. exp. salud publica* [online]. 2016, vol.33, n.1 [citado 2017-03-24], pp. 171-172. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342016000100024&lng=es&nrm=iso. ISSN 1726-4634. <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2016.331.1804>.

Disponible en

www.hdosdemayo.gob.pe

OFICINA DE EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD AMBIENTAL (OESA)

Director

Dr. José Luis Bolarte Espinoza

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

Dr. Jaime Alvarezcano Berroa

Equipo de Trabajo de Vigilancia Epidemiológica

Dr. Marco Antonio Sánchez Ramírez

Lic. Carmen Lam Villoslada

Lic. Rosario Mucha Huatuco

Lic. Mónica Barrientos Pacherras

Lic. Joel Cadillo Rivera

Equipo de Trabajo Salud Ambiental

Sr. Alfonso Rodríguez Ramírez

Ing. Eduardo Yactayo Infantes

Sr. Jaime Aparcana Moncada

Sr. Jaime Arce Veintemilla

Sr. Raúl Quispe Bocangel

Equipo de Informática

Sra. Andrea Ydoña Cuba

Ing. Estadística Marianella Narro Dueñas

Compilación y Edición

M.C. Abel Nemesio Blanco Campos R1 Gestión (UNMSM)

M.C. Mariestella Quispe Ordoñez R1 Gestión (UNMSM)

Lima – Febrero 2017