



Código: OESA-HNDM-B:07
Versión: 01-Electrónico
Fecha: 25/08/2018
Año 7 Vol.4

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

Alerta Epidemiológica por Casos de Sarampión. Perú. Julio 2018

El Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC), publica en su página web <http://www.dge.gob.pe/portal>, la Alerta Epidemiológica AE- CDC N° 009-2018, sobre el riesgo de introducción del virus de sarampión debido a casos con fuente de infección desconocida, procedentes de Puno y casos importados de Venezuela, que al 02 de agosto del 2018 suman 4 casos.

En setiembre del 2016 se declaró la eliminación del sarampión en las Américas, sin embargo los actuales movimientos migratorios, han condicionado este rebrote.

Aunque el Sarampión es una enfermedad transmisible febril, de transmisión respiratoria, con principal morbilidad entre los menores de 5 años, su principal manifestación es la erupción maculopapular, con una incubación promedio de 14 días, que puede ser transmitido desde 4 días antes y 4 días después a la erupción. Entre las semanas 1 y 28 del año 2018, se han registrado 2472 casos confirmados, de los cuales 1613 casos corresponden a la República de Venezuela y 3 casos en el Perú.

En este sentido el Hospital Nacional Dos de Mayo, convoca a toda la comunidad dosdemayina y público en general a mantenerse vigilantes ante el alto riesgo de transmisión local a partir de casos importados. **(Leer Alerta Epidemiológica en este Boletín Epidemiológico).**



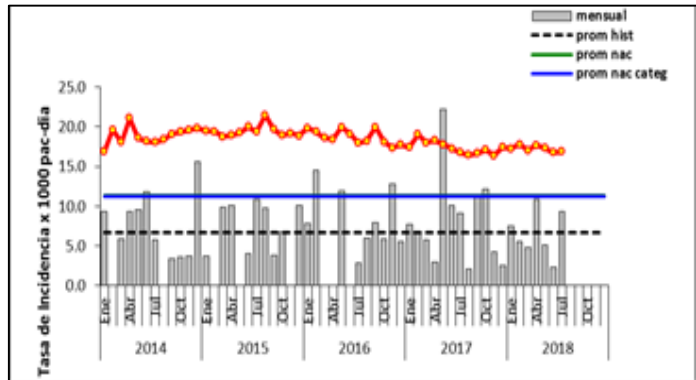
INDICE 2018

Contenido

I.	VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS.....	3
II.	DAÑOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA DE JULIO DEL 2018.....	8
	2.1. COMPORTAMIENTO ESPERADOS 2017-2018	14
III.	VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE ACCIDENTES OCUPACIONALES.....	15
IV.	VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE ACCIDENTES DE TRANSITO.II TRIMESTRE 2018.	19
V.	VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE MORTALIDAD NEONATAL Y FETAL.....	23
VI.	EVALUACIÓN POR DEPARTAMENTOS DEL MANEJO DE RESIDUOS HOSPITALARIOS.JULIO 2018.....	27
VII.	ACTUALIDAD EPIDEMIOLÓGICA	29

I. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS.

Gráfico N° 1.1: Densidad de Incidencia de Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica en la Unidad de Cuidados Intensivos, HNDM 2014-2018

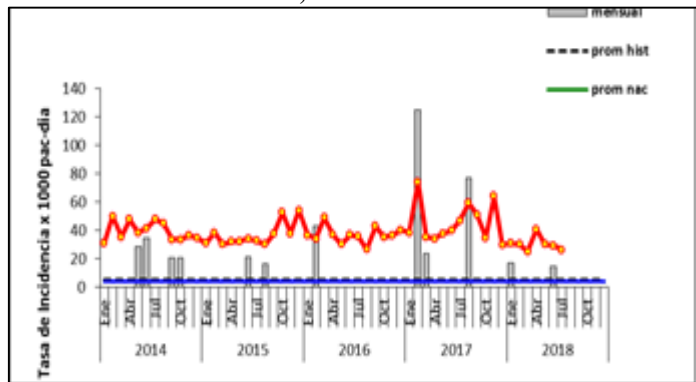


Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

La tendencia de las Neumonías Asociadas a Ventilación Mecánica en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), durante el año 2017, se mantuvo por debajo del Promedio Nacional por Categoría, a excepción de lo presentado en los meses de mayo y octubre.

Durante el mes de Julio del año en curso, se han registrado cuatro casos de Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica, que representa una tasa de Densidad de Incidencia de 9.3 x 1000 días VM, sobrepasando el promedio histórico; es importante resaltar que durante el mes se vigilaron 47 pacientes sometidos a V.M., con 430 días de exposición.

Gráfico N° 1.2: Densidad de Incidencia en Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica. Servicio de UCI Pediátrica, HNDM 2014-2018

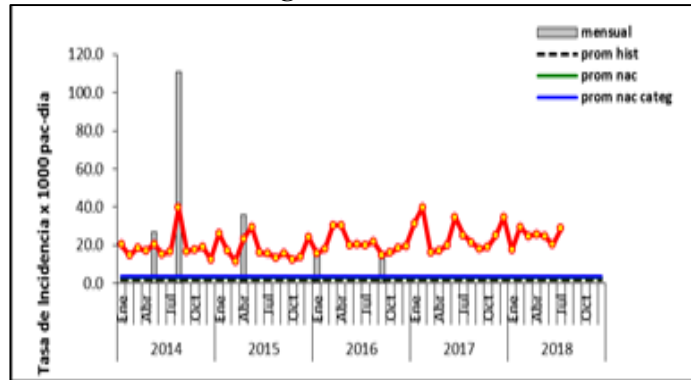


Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

En la Unidad de Cuidados Intensivos de Pediatría, durante el mes de julio del año 2018, no se han presentado casos de Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica.

Durante este mes se vigilaron 06 pacientes en Ventilación Mecánica con 87 días de exposición.

Gráfico N° 1.3: Densidad de Incidencia de Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica, UCI de Neonatología, HNDM 2014-2018

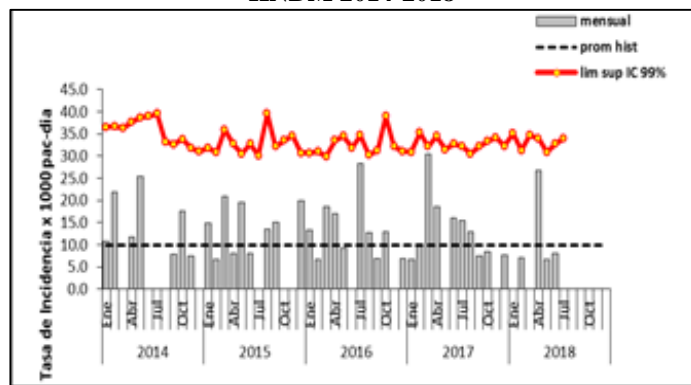


Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

En la Unidad de Cuidados Intensivos de Neonatología, para el mes de Julio, no se han presentado casos de Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica, sin embargo, se vigilaron 02 pacientes sometidos a 18 días de exposición.

La Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica es una complicación frecuente, por lo que es importante la prevención y un buen sistema de vigilancia de infecciones intrahospitalarias.

Gráfico N° 1.4: Densidad de Incidencia de Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica. UCI Neuroquirúrgica HNDM 2014-2018

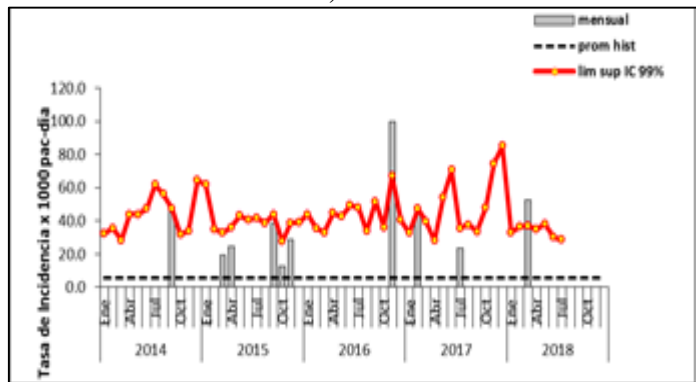


Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

La tendencia de las Tasas de Neumonías Asociadas a Ventilación Mecánica en UCI Neuroquirúrgica desde el 2014 tiene un comportamiento histórico que sobrepasa el nivel histórico. Durante Julio del 2018 no se registraron casos de Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica; en este servicio se vigilaron 13 pacientes con 112 días de exposición.

y se continúa aplicando la metodología Bundle como medida de prevención.

Gráfico N° 1.5: Densidad de Incidencia de Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica. Servicio de UCI Cardiovascular, HNMD 2014-2018

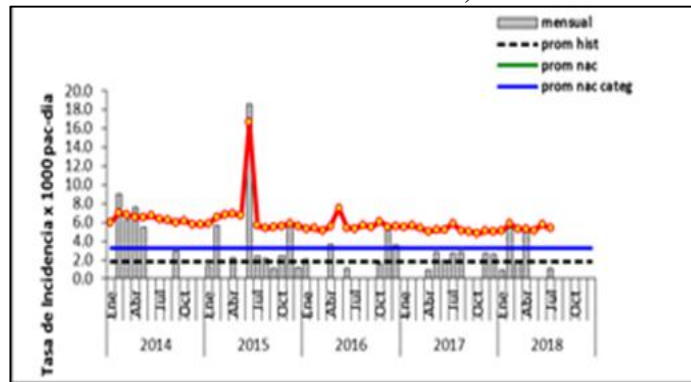


Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

La tendencia de las Neumonías Asociadas a Ventilación Mecánica en UCI Cardiovascular de Enero a Diciembre de los años 2016 y 2017 se ha mantenido dentro del Promedio Histórico del Hospital. Con excepción de los meses de Noviembre del 2016, Febrero y julio 2017.

Durante el mes de julio del 2018, no se han registrado casos de Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica. Se vigilaron 05 pacientes con 72 días de exposición.

Gráfico N° 1.7: Densidad de Incidencia de ITU Asociado a Catéter Urinario. Servicio de Medicina, HNMD 2014-2018

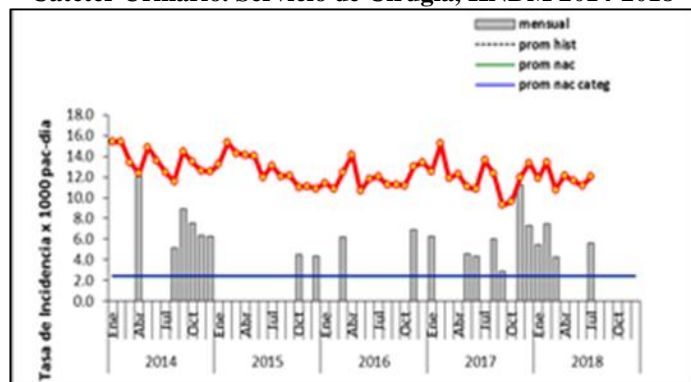


Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

Durante el mes de Julio del año 2018 en el Departamento de Medicina, se ha presentado un caso de ITU asociada a CUP, con una Tasa de Densidad de Incidencia de 1.05 x 1000 días/catéter. Se vigilaron 79 pacientes con 948 días de exposición.

La metodología Bundle, mediante la aplicación de las listas de cotejo como medida para prevenir la Infección Urinaria Asociada a Catéter Urinario se está desarrollando en los servicios de medicina.

Gráfico N° 1.8: Densidad de Incidencia de ITU Asociado a Catéter Urinario. Servicio de Cirugía, HNMD 2014-2018

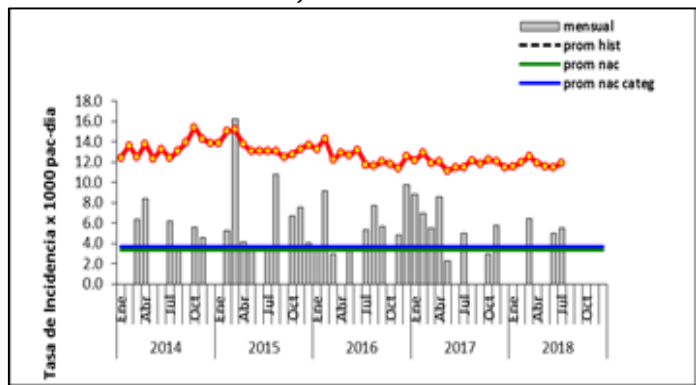


Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

En el Departamento de Cirugía durante el mes de Julio del año 2018 se ha reportado sólo un caso de ITU asociada a CUP, que representa una Tasa de Densidad de Incidencia de 5.65 x 1000 días/catéter, sobrepasando el Promedio Histórico, Promedio Nacional y por Categoría. Se han vigilado 45 pacientes con 177 días de exposición.

Los servicios de cirugía, aún no han implementado la metodología Bundle, listas de cotejo, como medida preventiva en sus servicios.

Gráfico N° 1.6: Densidad de Incidencia en ITU Asociada a Catéter Urinario, Unidad de Cuidados Intensivos, HNMD 2014-2018

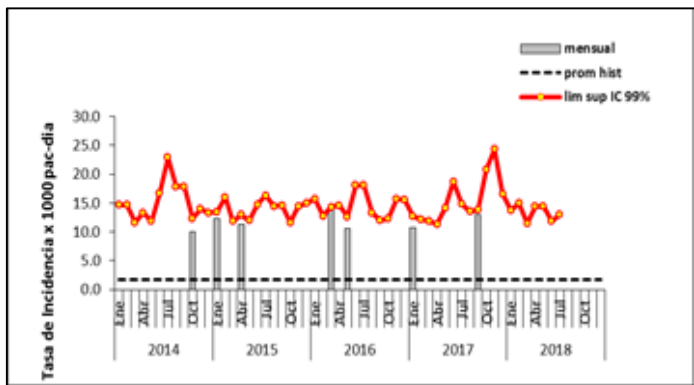


Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

En la Unidad de Cuidados Intensivos durante el mes de julio del año 2018, se reportaron dos casos de Infección Urinaria Asociada a Catéter Urinario Permanente, que representa una tasa de densidad de incidencia de 5.48 x 1000 días/catéter. En el mes de se identificaron 49 pacientes vigilados con 365 días de exposición.

La aplicación de las listas de cotejo de la metodología Bundle para prevenir las infecciones urinarias asociadas a catéter urinario, se continúan desarrollando en este servicio.

Gráfico N° 1.9: Densidad de Incidencia de ITUs Asociado a Catéter Urinario. Servicio de UCI Cardiovascular, HNDM 2014-2018

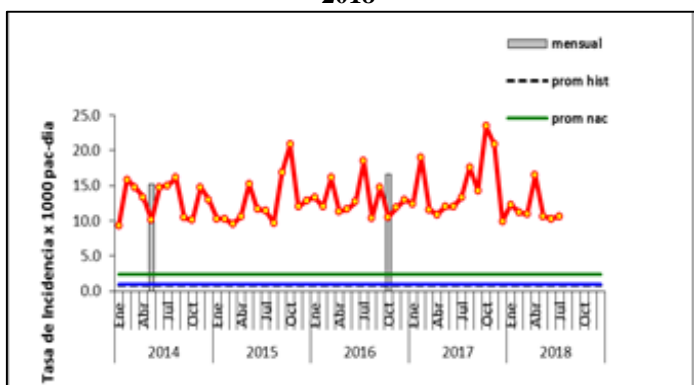


Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

Durante el mes de Julio del año 2018 en la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovascular no se han reportado casos de ITU Asociada a Catéter Urinario Permanente.

Durante este mes se vigilaron 09 pacientes con 88 días de exposición.

Gráfico N.º 1.10: Densidad de Incidencia de ITU Asociado a Catéter Urinario Permanente. UCI Pediátrica, HNDM 2014-2018

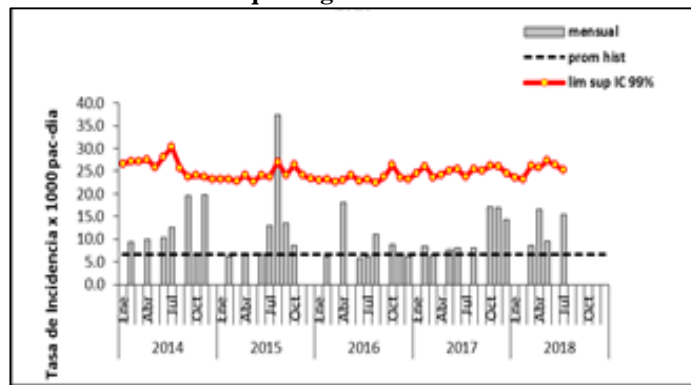


Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

Durante el mes de Julio del año 2018 en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica, no se han reportado casos de Infección Urinaria Asociada a Catéter Urinario Permanente. Se vigilaron 05 pacientes con 59 días de exposición.

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

Gráfico N° 1.11: Densidad de Incidencia de Infección al Tracto Urinario Asociado a Catéter Urinario Permanente UCI Neuroquirúrgica HNDM. 2014-2018

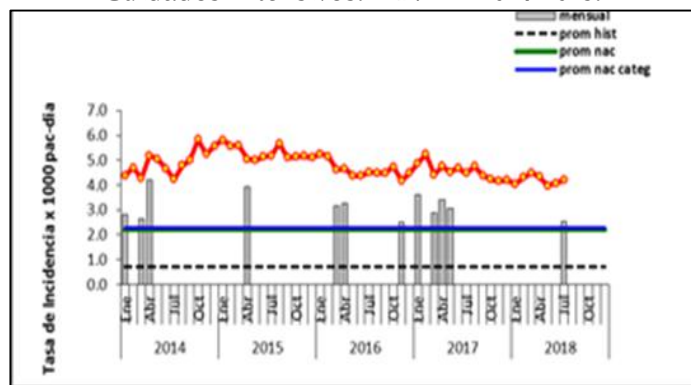


Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

Durante el mes de Julio del año 2018, en la Unidad de Cuidados Intensivos Neuroquirúrgica se reportaron dos casos de Infección Urinaria Asociada a Catéter, que representa una tasa de densidad de incidencia de 15.50 x 1000 días/catéter. En el mes se vigilaron 19 pacientes con 129 días de exposición.

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

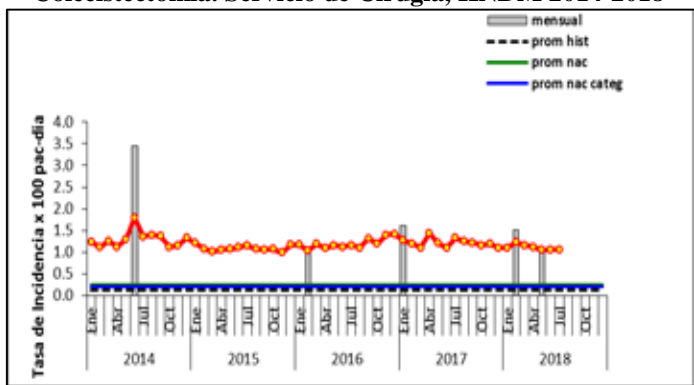
Gráfico N° 1.12: Densidad de Incidencia en Infección al Torrente Sanguíneo Asociado a CVC, Unidad de Cuidados Intensivos. HNDM 2014-2018.



Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

En relación a la Infección del Torrente Sanguíneo Asociado a Catéter Venoso Central en la Unidad de Cuidados Intensivos durante el mes de julio del 2018 se presentó un caso, que representa una tasa de densidad de incidencia de 2.54 x 1000 días/catéter. Se mantuvieron en vigilancia 53 pacientes con 393 días de exposición. En esta unidad se incide en el cumplimiento de las normas de bioseguridad durante la inserción y mantenimiento del catéter venoso central.

Gráfico N° 1.13: Infección de Herida Operatoria Asociada a Colectistomía. Servicio de Cirugía, HNMD 2014-2018

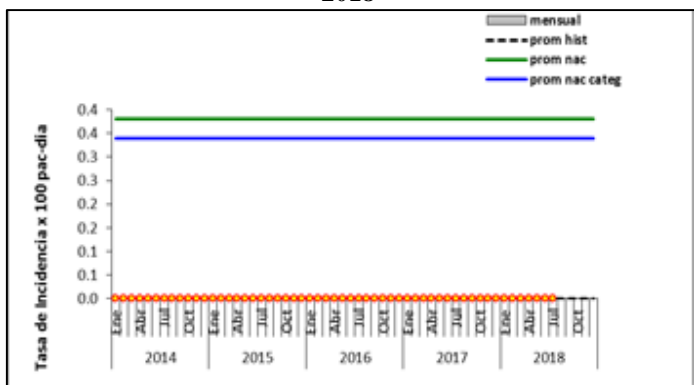


Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

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 gráfico observamos que durante el mes de julio no se reportaron casos, se vigilaron 92 pacientes sometidos a Colectistomía.

Gráfico N° 1.14: Infección de Herida Operatoria Asociada a Hernioplastia Inguinal. Servicio de Cirugía, HNMD 2014-2018

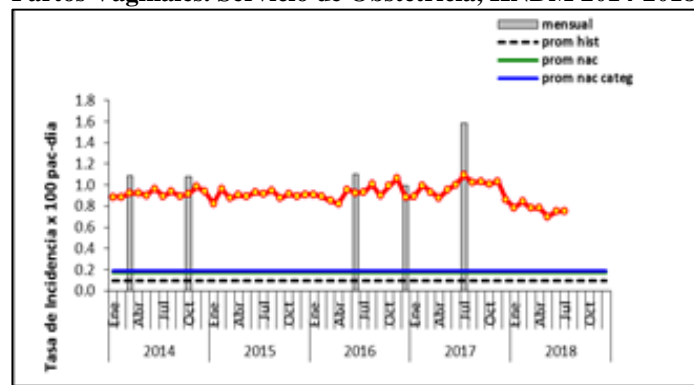


Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

En el presente gráfico observamos que no hay casos reportados de Infección de Sitio Quirúrgico asociado a Hernioplastia Inguinal desde el año 2014, inclusive en el mes de Julio del año 2018. Se vigilaron 20 pacientes sometidos a hernioplastia.

La prevención de las Infecciones de Sitio Quirúrgico 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 IHH de los pacientes que se someten a cirugía.

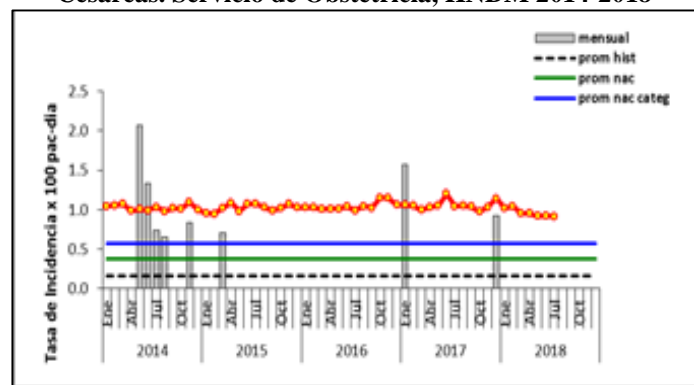
Gráfico N° 1.15: Incidencia de Endometritis Puerperal en Partos Vaginales. Servicio de Obstetricia, HNMD 2014-2018



Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

Durante el mes de Julio del año 2018 no se han presentado casos de endometritis puerperal por parto vaginal. El uso de técnica aséptica en todos los procedimientos relacionados con el seguimiento y atención del parto es uno de los factores importantes en la prevención de Endometritis Puerperal. El total de partos atendidos fueron 144.

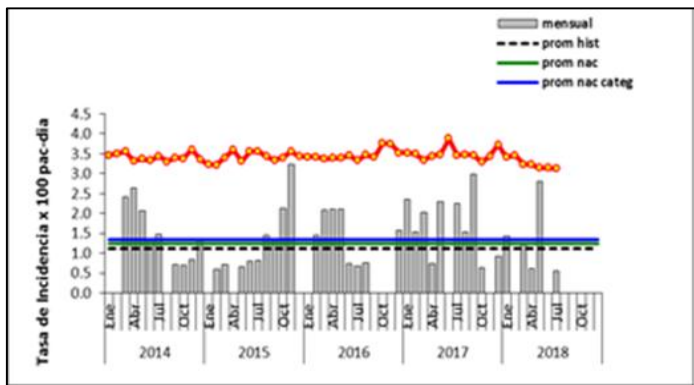
Gráfico N° 1.16: Incidencia de Endometritis Puerperal en Cesáreas. Servicio de Obstetricia, HNMD 2014-2018



Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

En el mes de Julio del 2018 no se han reportado casos de endometritis puerperal por cesárea. La presencia de endometritis puerperal por cesárea está relacionada al número de tactos vaginales realizados antes de la cesárea, sin embargo, en ésta juegan roles importantes también los antecedentes maternos que pudieran contribuir a la presencia de endometritis. Las Cesáreas realizadas fueron 182 durante el mes de Julio.

Gráfico N° 1.17: Incidencia de Infección de Herida Operatoria en Cesáreas. Servicio de Obstetricia, HNMD 2014-2018

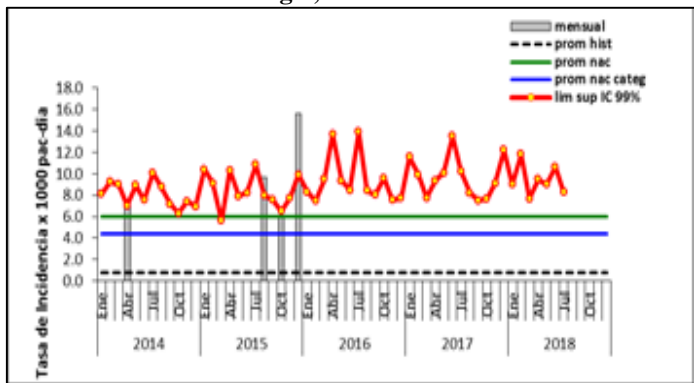


Fuente: Base de datos del VEA-HNMD

En el gráfico podemos observar que durante el mes de Julio del 2018 solo se ha reportado un caso de Infección de Herida Operatoria en Cesárea. Las Cesáreas realizadas fueron 182 durante el mes. Es importante el cumplimiento de las acciones de prevención durante el perioperatorio a toda paciente que se realiza una cesárea.

La vigilancia de las infecciones de herida operatoria es muy importante, ya que estudios de investigación han demostrado que la vigilancia por si sola reduce la frecuencia de estas infecciones.

Gráfico N° 1.18: Tendencia de Densidad de Incidencia de Infección al Torrente Sanguíneo Asociado a CVC. UCI de Neonatología, HNMD 2014-2018



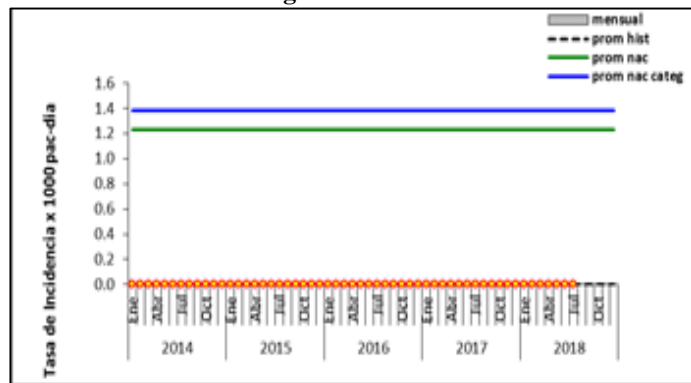
Fuente: Base de datos del VEA-HNMD

Durante el mes de Julio, las Infecciones de Torrente Sanguíneo asociada a CVC en el servicio de UCI de Neonatología, no han reportado casos durante el mes de Julio del año 2018.

Estuvieron sometidos a vigilancia epidemiológica 10 pacientes con 96 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 este tipo de infecciones.

Gráfico N.º 1.19: Densidad de Incidencia de Infección al Torrente Sanguíneo Asociado a CVP. UCI de Neonatología. HNMD. 2014-2018.

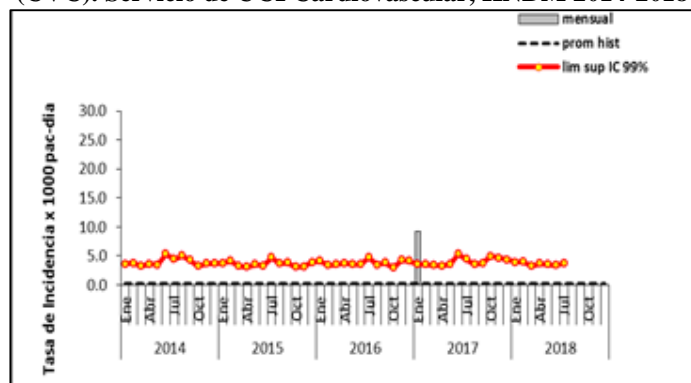


Fuente: Base de datos del VEA-HNMD

En relación a las Infecciones de Torrente Sanguíneo Asociada a Catéter Venoso Periférico, durante el mes de Julio del año 2018 no se presentaron casos en Neonatos.

Se sometieron a vigilancia epidemiológica 16 pacientes con 55 días de exposición.

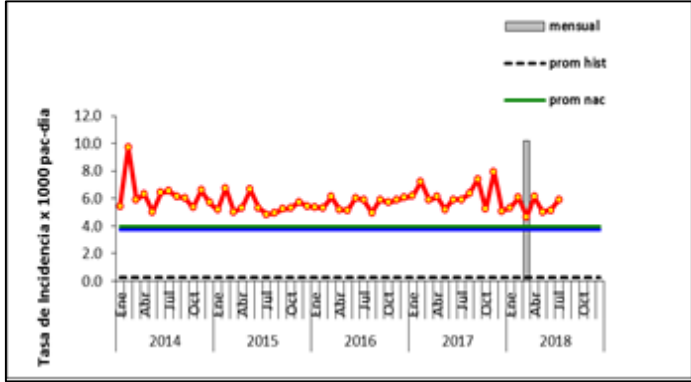
Gráfico N.º 1.20: Densidad de Incidencia en Infección al Torrente Sanguíneo asociado a Catéter Venoso Central (CVC). Servicio de UCI Cardiovascular, HNMD 2014-2018



Fuente: Base de datos del VEA-HNMD

En relación a Infección del Torrente Sanguíneo Asociado a Catéter Venoso Central en la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovascular, no se registraron casos durante el mes de julio del 2018. Se vigilaron 10 pacientes con 96 días de exposición.

Gráfico N° 1.21: Densidad de Incidencia de Infección al Torrente Sanguíneo Asociado a Catéter Venoso Central. UCI Pediátrica. HNMD 2014-2018.

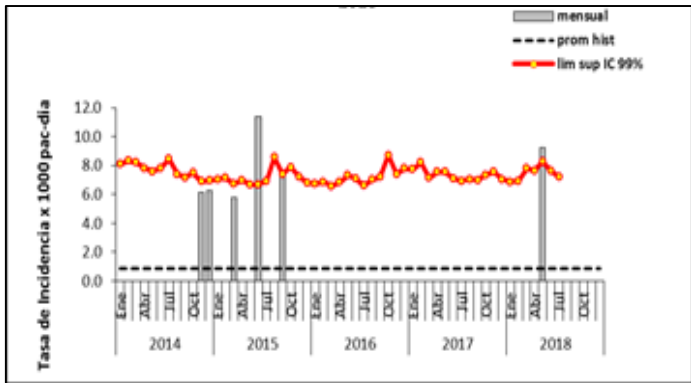


Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

En relación a las Infecciones de Torrente Sanguíneo asociada a Catéter Venoso Central en UCI Pediátrica, durante el mes de Julio del año 2018 no se registraron casos.

Se vigilaron 08 pacientes con 59 días de exposición.

Gráfico N° 1.22: Densidad de Incidencia de Infección al Torrente Sanguíneo Asociado a CVC. UCI Neurocirugía, HNMD 2014-2018



Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

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

Durante el mes de julio del año 2018 no se reportaron casos de infección de torrente sanguíneo asociado a catéter venoso central. En el mes se vigilaron 17 pacientes con 148 días de exposición.

II. DAÑOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA DE JULIO DEL 2018

Tabla N° 2.1 Distribución de Casos Según Sexo. Julio 2018

SEXO	N°	%
Femenino	15	36%
Masculino	27	64%
Total General	42	100%

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Tabla N° 2.2: Distribución de Casos Según Grupo Etario. Julio 2018

GRUPO ETARIO	N°	%
Menores 1 año	5	12%
1-9 años	3	7%
10-19 años	1	2%
20-64 años	27	64%
65 a más	6	14%
Total General	42	100%

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Se notificaron un total de 42 daños de notificación obligatoria durante Julio 2018, de los cuales el mayor porcentaje (68%) corresponde al grupo etario de 20 a 64 años, seguido de los adultos mayores de 65 años y de los menores de 1 año (14% y 12% respectivamente).

El género masculino representa el mayor porcentaje con 64%.

Tabla N° 2.3: Distribución de Casos Según Daño de Notificación. HNMD. Julio 2018

DAÑO	N°	%
Influenza	18	43%
Hepatitis B	15	36%
Síndrome de Guillain-Barré	4	10%
Varicela sin complicaciones	1	2%
Rubéola	1	2%
Dengue Sin Señales De Alarma	1	2%
Bartonelosis Aguda	1	2%
Leptospirosis	1	2%
Total General	42	100%

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Del total de daños notificados, el 43% corresponde a Influenza (18); seguido de Hepatitis B 36% (4) y Guillain Barré 10% (4) En menor % los daños de Varicela, Rubéola, Dengue, Bartonelosis y Leptospirosis con 2%. Nos encontramos en Alerta Epidemiológica de Influenza, sarampión y/o Rubeola.

Tabla N° 2.4: Distribución de Casos según Lugar Probable de Adquisición de la Infección, HNDM, Julio 2018

LUGAR PROBABLE	N°	%
Lima	33	79%
Huánuco	2	5%
Ancash	2	5%
Ucayali	1	2%
Huancavelica	1	2%
Panamá	1	2%
Junín	1	2%
Piura	1	2%
Total General	42	100%

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

El 79% de los casos proceden de Lima, ya que es la ciudad que concentra la mayor población del país, seguido de los departamentos de Huánuco y Ancash (5%), en menor % los departamentos de Ucayali, Huancavelica, Junín y Piura (2%).

Tabla N° 2.5: Distribución de Casos según Tipo de Diagnóstico, HNDM, Julio 2018

TIPO DE DIAGNÓSTICO	N°	%
Confirmado	23	55%
Descartado	10	24%
Probable	9	21%
Total General	42	100%

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

El 55%(23) de los casos fueron confirmados, descartándose un 24% (10), quedando un 21% de casos como probable, por estar el resultado pendiente.

Tabla N° 2.6: Casos Confirmados de Daños de Notificación Obligatoria, HNDM, Julio 2018

DAÑO	N°	%
Hepatitis B	15	65%
Síndrome de Guillan-Barré	4	17%
Influenza	3	13%
Varicela sin complicaciones	1	4%
Total General	23	100%

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Del total de casos confirmados durante el mes de Julio 2018, el 65% (15) corresponden a la Hepatitis B. Los casos de Guillain Barré, fueron confirmadas con criterio clínico epidemiológico (17).

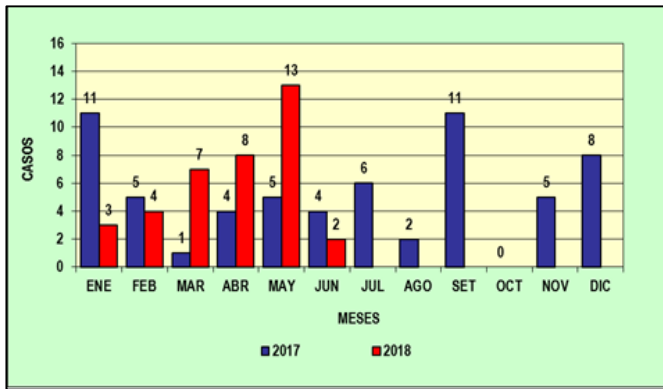
Actualmente a nivel nacional nos encontramos en Alerta de Sarampión e Influenza.

Tabla N° 2.7: Daños de Notificación Obligatoria, según Tipo Diagnóstico, HNDM, Julio 2018

DAÑO	TIPO DE DIAGNÓSTICO							
	CONFIRMADO		DESCARTADO		PROBABLE		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Influenza	3	13	7	70	8	89	18	43
Hepatitis B	15	65	0	0	0	0	15	36
Síndrome de Guillain Barré	4	17	0	0	0	0	4	10
Varicela sin Complicaciones	1	4	0	0	0	0	1	2
Rubeola	0	0	1	10	0	0	1	2
Dengue sin Señales de alarma	0	0	1	10	0	0	1	2
Bartonelosis aguda	0	0	0	0	1	0	1	2
Leptospirosis	0	0	1	10	0	11	1	2
Total General	23	100	10	100	9	100	42	100

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Gráfico 2.1: Gráfico Comparativo de Casos de Hepatitis B, HNMD 2017-2018



Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Observamos que los casos de Hepatitis “B” durante el mes de Julio del 2018, se han incrementado considerablemente en relación a meses anteriores.

Según el gráfico comparativo de hepatitis B, durante el presente año, los casos se incrementaron en los meses de Marzo, Abril, Mayo y Julio del 2018.

Tabla N° 2.8: Atenciones de Diarrea Acuosa Aguda según Grupo Etario y Distrito de Procedencia. HNMD, Julio 2018

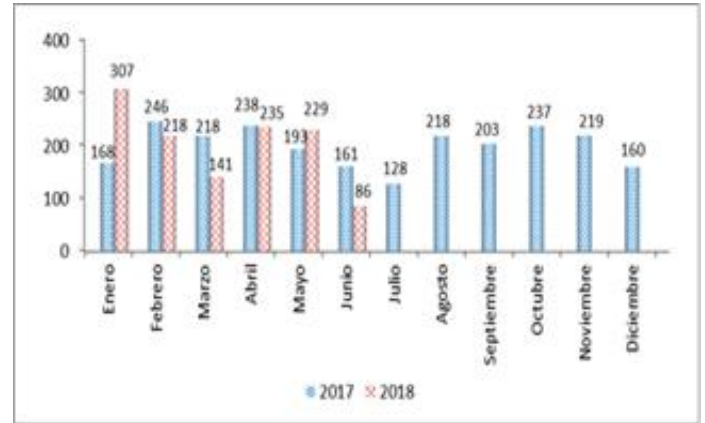
Distrito	N° De Casos*			Total
	< 1 A	1-4 A	5 A+	
Lima	16	14	36	66
La Victoria	11	18	7	36
San Juan De Lurigancho	2	6	7	15
Villa El Salvador	0	4	0	4
San Luis	0	0	4	4
Villa María del Triunfo	0	0	3	3
Surquillo	1	0	0	1
Ate	0	1	0	1
San Juan de Miraflores	0	0	1	1
San Borja	1	0	0	1
Jesús María	0	1	0	1
San Martín de Porres	0	0	0	0
Total General	31	44	58	133

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

*Se hizo la clasificación en menores de 1 año, de 1-4 años y mayores de 5 años.

Se notificaron un total de 133 episodios de Diarrea Acuosa Aguda, siendo el grupo etario más afectado de 5 años a más, siendo los distritos de Lima y La Victoria, los de mayor procedencia.

Gráfico N° 2.2: Gráfico Comparativo total de Casos EDA, HNMD 2017-2018



Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Los casos de EDAs, en lo que va del año 2018, han seguido la misma tendencia, en relación al año anterior, a excepción del mes de enero donde se presentaron 307 casos en comparación de los 168 de enero del 2017, lo cual puede ser resultado de las altas temperaturas que atravesamos a principios del año.

Den el mes de Junio, por otro lado se puede apreciar que los casos reportados fueron casi el 50% menos que lo ocurrido en Junio del año 2017, asimismo no tenemos reporte de casos en Julio del 2018.

Tabla N° 2.9. Cuadro Comparativo: Total de Casos de EDA por Grupo Etario, HNMD, Julio 2018

Mes	< 1 año		1-4 años		5 años a +	
	2017	2018	2017	2018	2017	2018
Enero	14	57	58	105	96	145
Febrero	47	24	87	72	112	122
Marzo	38	39	60	47	120	55
Abril	31	48	70	83	137	104
Mayo	34	37	43	80	116	112
Junio	32	14	45	40	84	32
Julio	26	-	42	-	60	-
Agosto	47	-	94	-	77	-
Septiembre	22	-	70	-	111	-
Octubre	14	-	108	-	115	-
Noviembre	32	-	91	-	96	-
Diciembre	22	-	67	-	71	-

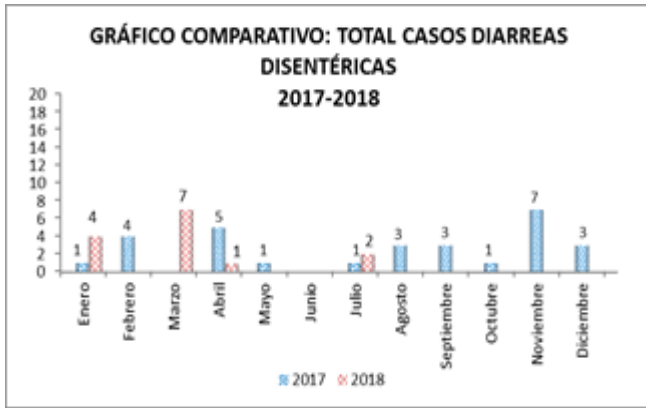
Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

En relación al año anterior las atenciones de EDA se incrementaron en el mes de Enero 2018, observándose una disminución hacia mediados de año, manteniéndose una tendencia estacional, e los meses de verano.

Comparando los casos de EDA de Julio 2018 en relación a los casos presentados en Julio año 2017, se observa que la tendencia ha disminuido notablemente; presentando solo una

tendencia de incremento y comportamiento estacional en los meses de verano.

Gráfico N° 2.3: Gráfico Comparativo Total de EDA Disentérica Por Grupo Etario, HNDM 2017-2018



Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Según grupo etario los más afectados por esta infección corresponden a los menores de 1 año. Y los distritos de procedencia San Borja y San Martín de Porras.

Tabla N° 2.10. Atenciones de Infección Respiratoria Aguda Según Grupo Etario y Distrito de Procedencia, HNDM, Julio 2018

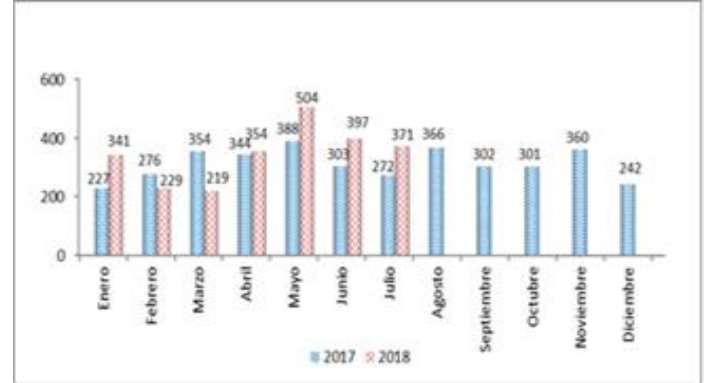
DISTRITO	N° DE CASOS			Total
	< 2 m	2-11 m	1-4 a	
Lima	8	61	115	184
La Victoria	10	42	80	132
San Juan De Lurigancho	2	7	11	20
El Agustino	0	4	8	12
San Luis	3	2	2	7
Ate	0	1	4	5
Santa Anita	1	0	2	3
San Borja	0	0	2	2
Independencia	0	0	1	1
Pucusana	0	0	1	1
Villa el Salvador	0	0	1	1
Breña	0	1	0	1
San Juan de Miraflores	0	1	0	1
San Martín de Porres	0	1	0	1
Total General	24	120	227	371

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Durante el mes de Julio 2018, se atendieron un total de 371 episodios de IRAS; correspondiendo el mayor número de atenciones al grupo etario de 1 a 4 años (61%) .

Lima y La Victoria es el distrito de mayor procedencia de casos.

Gráfico N° 2.4: Total de Casos IRAS, HNDM 2017-2018

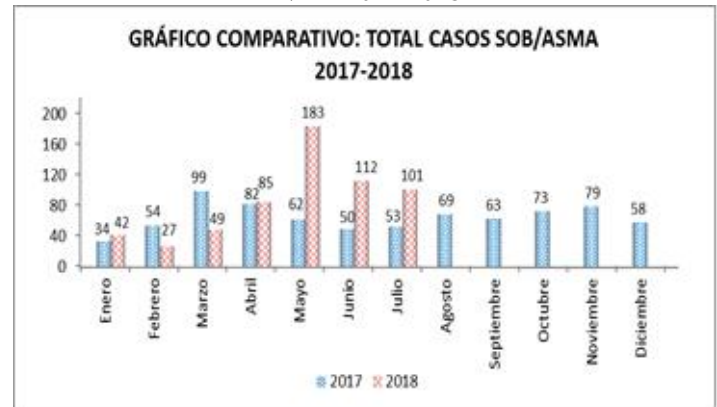


Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

En relación al año anterior, las atenciones de IRAS se han incrementado en los meses de Mayo, Junio y Julio del 2018, manteniéndose una tendencia estacional de incremento sobre todo en los meses de invierno.

Se atendieron un total de 112 episodios de SOBA/Asma; siendo los menores de 2 años los más afectados, correspondiendo a los distritos de Lima y La Victoria la mayor procedencia de casos.

Gráfico N°2.5 Comparativo: Total de Casos SOBA/ASMA. HNDM 2017-2018



Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Se evidencia en el gráfico comparativo en relación al año anterior, un notable incremento de casos de SOBA/Asma, durante los meses de invierno cerca al 50% de incremento de casos.

Tabla N°2.11: Casos de SOBA/ASMA según grupo etario y Distrito de Procedencia. HNDM, Julio 2018

DISTRITO	N° DE CASOS		Total
	< 2 a	2-4 a	
Lima	31	18	49
La Victoria	21	11	32
San Luis	4	1	5
El Agustino	2	1	3
San Juan De Lurigancho	2	0	2
Transito	2	0	2
Lurigancho	1	1	2
San Borja	0	2	2
San Juan de Miraflores	1	0	1
Santa Anita	1	0	1
Los Olivos	0	1	1
San Martin de Porres	1	0	1
Total General	66	35	101

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Se atendieron un total de 101 episodios de SOBA/Asma; siendo los menores de 2 años los más afectados (&%%) correspondiendo a los distritos de Lima y La Victoria, la mayor procedencia de casos.

Gráfico N° 2.6: Gráfico Comparativo: Total Casos SOBA/Asma.2017-2018



Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Se evidencia en el gráfico comparativo en relación al año anterior, un notable incremento de casos de SOBA/Asma, durante los meses de invierno cerca al 50% de incremento de casos.

Tabla N°2.12: Casos de Neumonía, s 2017 según grupo etario. Cuadro Comparativo, Años 2017- 2018

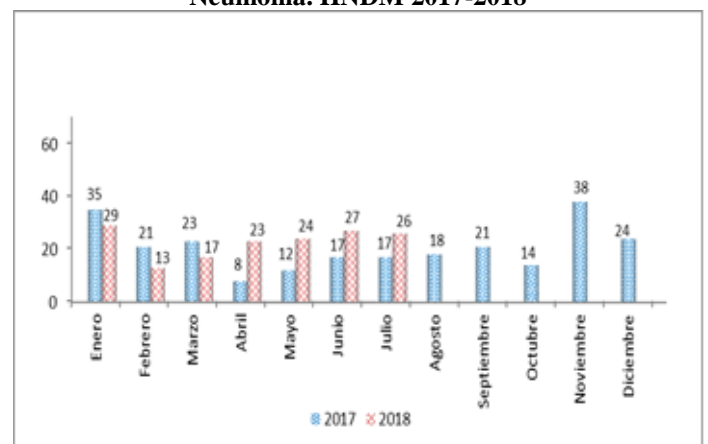
Mes	< 2 meses		2-11 meses		1-4 años		5-9 años		10-19 años		20-59 años		60 años a más	
	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018
Ene	2	3	4	8	6	7	8	3	7	1	5	9	10	13
Feb	4	1	15	4	8	2	3	1	-	1	3	-	9	8
Mar	1	1	13	1	20	3	5	1	1	1	2	1	12	13
Abr	4	1	7	5	10	11	3	4	-	1	-	3	2	10
May	1	10	7	25	6	18	1	8	1	-	1	3	5	5
Juni	1	1	5	9	5	18	5	4	3	-	3	2	4	11
Juli	1	5	3	8	5	12	-	6	-	-	1	5	11	8
Ago	1	5	5	5	5	5	-	4	6	6	6	6	6	6
Sep	2	9	10	6	1	4	7	7	7	7	7	7	7	7
Oct	-	6	9	3	2	1	6	6	6	6	6	6	6	6
Nov	2	11	10	5	3	7	17	17	17	17	17	17	17	17
Dic	-	5	10	6	2	7	6	6	6	6	6	6	6	6

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Durante el mes de Julio 2018 se hospitalizaron, un total de 44 pacientes por Neumonía; observándose un incremento durante los meses de invierno, en relación al año anterior, manteniendo un comportamiento estacional.

Respecto a los casos por Neumonías en el mes de Julio, los casos se incrementaron, sobre todo en los grupos etarios de 2 a 11 meses y en los adultos mayores de 60 años a más.

Gráfico N° 2.7: Gráfico Comparativo: Total Casos de Neumonía. HNDM 2017-2018



Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Las poblaciones más vulnerables para esta patología, han sido las poblaciones con edades extremas, menores de 11 meses y mayores de 60 años.

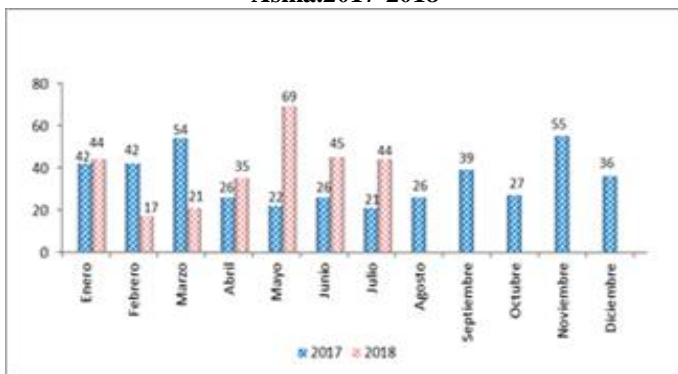
Tabla N°2.13: Cuadro Comparativo 2017-2018: Total Casos Hospitalizados Neumonía por Grupo Etario

	2-11 meses		1-4 años		5-9 años		10-19 años		20-59 años		60 años a más	
	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018
Enero	2	1	1	1	8	3	7	1	5	9	12	14
Febrero	1	1	1	2	3	1	0	1	4	0	12	8
Marzo	0	0	3	1	5	1	1	1	2	1	12	13
Abril	1	0	2	5	3	4	0	1	0	3	2	10
Mayo	1	0	2	8	1	8	1	0	1	3	6	5
Junio	1	1	0	9	5	4	3	0	3	5	5	11
Julio	0	4	0	3	1	6	2	0	2	0	12	8
Agosto	0	0	3	0	5	0	0	0	4	0	6	
Setiembre	2	0	0	0	6	0	1	0	5	0	7	
Octubre	1	0	0	0	4	0	2	0	1	0	6	
Noviembre	0	0	4	0	6	0	4	0	7	0	17	
Diciembre	2	0	0	0	6	0	3	0	7	0	6	

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Los grupos etarios más afectados por Neumonía fueron los adultos mayores de 60 años a más, seguido de los grupos de 2 a 11 meses de edad.

Gráfico N° 2.8: Grafico Comparativo: Total Casos SOBA/ Asma.2017-2018



Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Durante el mes de Julio 2018 se hospitalizaron un total de 44 pacientes por Neumonía; observándose un incremento durante los meses de invierno, en relación al año anterior, manteniendo un comportamiento estacional.

Durante el mes de Julio 2018 se hospitalizaron un total de 25 pacientes por Neumonía Grave en menores de 5 años; correspondiendo el mayor número de casos al grupo etario de 1 a 4 años de edad. Lima fue el distrito de mayor procedencia.

En relación al año anterior los casos de hospitalizaciones por Neumonía Grave se incrementaron notablemente durante los meses de Mayo, Junio y Julio 2018.

Tabla N°2.14: Total Casos Hospitalizados de Neumonía por Lugar de Procedencia

DISTRITO	N° DE CASOS			Total
	< 2 m	< 2-11 m	1-4 a	
Lima	6	11	5	22
La Victoria	2	7	5	14
San Juan De Lurigancho	0	2	3	5
El Agustino	1	3	1	5
Puente Piedra	0	2	0	2
Santa Anita	0	0	1	1
Comas	0	0	1	1
Transito	0	0	1	1
Ate	0	0	1	1
San Luis	1	0	0	1
Total General	10	25	18	53

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

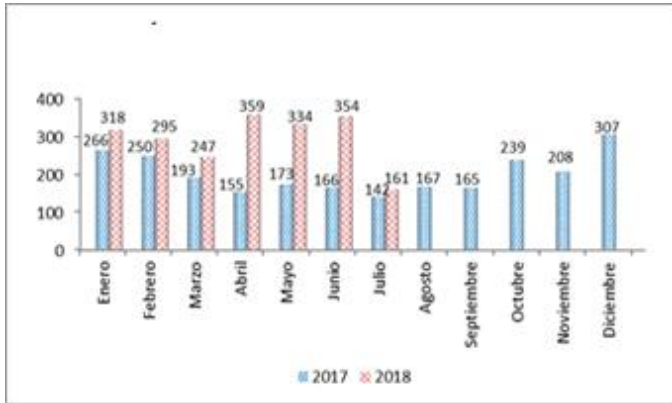
El grupo etario más afectado por Neumonía, fueron los adultos mayores de 60 años a más, seguido de los grupos fe 2 a 11 meses de edad.

Tabla N°2.15: Cuadro Comparativo 2017-2018: Total Casos Hospitalizados de Neumonía Grave+ Enfermedad Muy Grave, por Grupo Etario. Julio 2018

	< 2 meses		2-11 meses		1-4 años	
	2017	2018	2017	2018	2017	2018
Enero	2	3	4	8	6	7
Febrero	4	1	15	4	8	2
Marzo	1	1	13	1	20	3
Abril	4	1	7	5	10	11
Mayo	1	10	7	25	6	18
Junio	1	1	5	9	5	18
Julio	1	5	3	8	5	12
Agosto	2		5		10	
Setiembre			9		9	
Octubre	2		6		10	
Noviembre			11		10	
Diciembre			5			

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Gráfico N°2.9: Gráfico Comparativo Total Casos Febriles 2017-2018



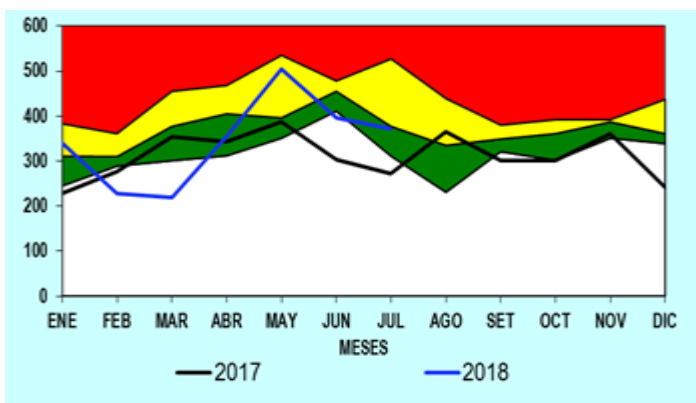
Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Se observa en el gráfico comparativo que durante el presente año 2018, las atenciones de febriles están en incremento significativo. El mayor porcentaje de febriles fueron por causa aparente, generalmente por infecciones respiratorias agudas y otras.

Los febriles de etiología a determinar y que reunían criterios de enfermedades metaxénicas (dengue, chikungunya, leptospirosis); fueron investigados, notificados y enviadas las muestras al laboratorio, para su confirmación o descarte.

2.1. COMPORTAMIENTO ESPERADOS 2017-2018

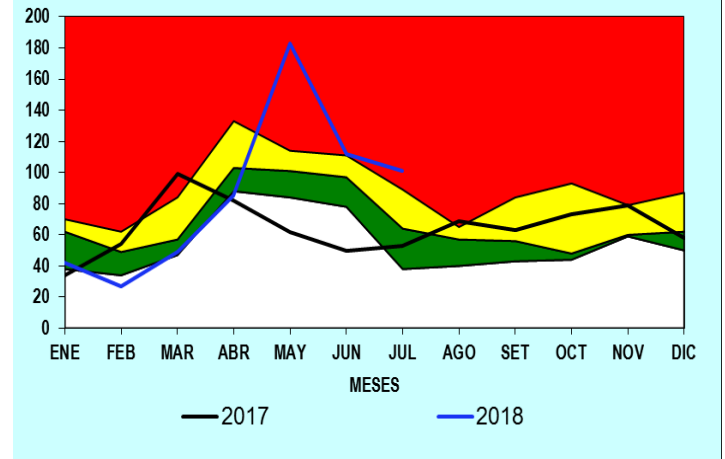
Gráfico N°2.10. Comportamiento esperado de atenciones de IRAs Julio 2018



Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Los episodios de IRAS se incrementaron en los meses de Mayo, Junio y Julio 2018, la tendencia es de incremento y presenta un comportamiento estacional, de notable incremento en los meses de invierno.

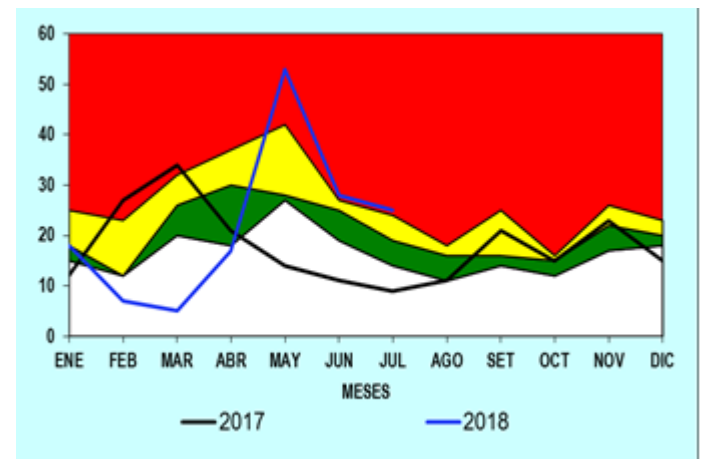
Gráfico N° 2.11. Comportamiento Esperado de Casos de SOB/ASMA. Julio 2018



Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Los casos de SOB/ASMA se incrementaron en relación al año 2017, se mantiene una tendencia de incremento de casos durante los meses de invierno en el presente año 2018.

Gráfico N° 2.12. Comportamiento Esperado de Casos de Neumonía Grave. Julio 2018

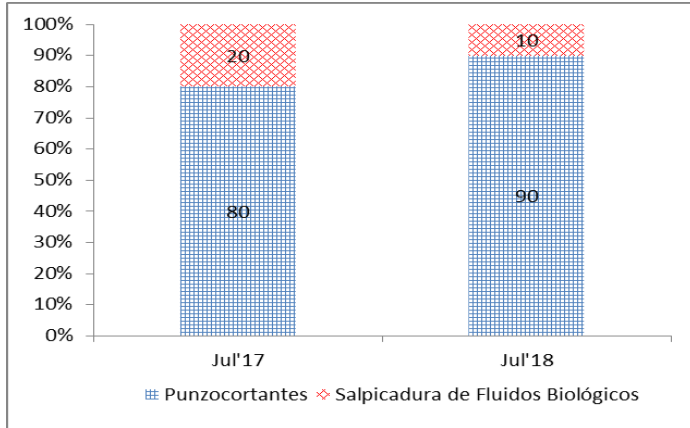


Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Durante el mes de Julio 2018, las hospitalizaciones por Neumonía Grave se han incrementado significativamente, en relación al año anterior. La tendencia es de incremento en los meses de invierno y se observa un comportamiento estacional.

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE ACCIDENTES OCUPACIONALES.

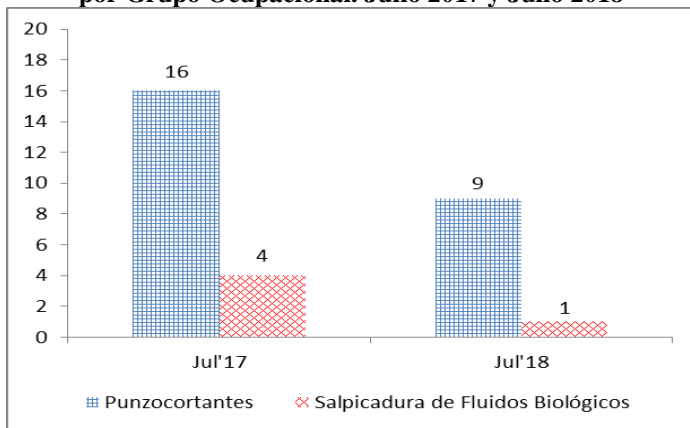
Gráfico N°3.1: Comparativos Accidentes laborales por Exposición a Fluidos Biológicos y/o Objetos Punzocortantes por Grupo Ocupacional



Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales – HNMD

En Julio del 2018, se notificaron 10 casos de Accidentes Laborales por exposición a Fluidos biológicos y/o Objetos punzocortantes (100%), se aprecia que la mayor ocurrencia de Accidentes Laborales fue por exposición a objetos punzocortantes con 09 casos (90%), seguido de accidentes laborales por exposición a Fluidos biológicos – Salpicaduras con 01 caso (10%).

Gráfico N°3.2: Comparativo Accidentes laborales por Exposición a Fluidos Biológicos y/o Objetos Punzocortantes por Grupo Ocupacional. Julio 2017 y Julio 2018



Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales – HNMD

Los casos de accidentes laborales por salpicadura de Fluidos biológicos, se presentaron en menor frecuencia en relación a Julio del 2017.

Tabla N° 3.1: Accidentes Laborales por Exposición a Fluidos Corporales y/o Objetos Punzocortantes Según Grupo Ocupacional

Grupo Ocupacional	Salpicadura		Punzocortantes		Total del mes		Acum. a Julio	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Interno de Medicina	1	100	2	22	3	30	27	31
Médico Residente	0	0	5	56	5	50	17	20
Enfermera	0	0	0	0	0	0	7	8
Técnico de Enfermería	0	0	0	0	0	0	7	8
Técnico de Laboratorio	0	0	1	11	1	10	6	7
Interno de Enfermería	0	0	0	0	0	0	5	6
Médico Asistente	0	0	1	11	1	10	5	6
Personal Limpieza	0	0	0	0	0	0	4	5
Auxiliar de Nutrición	0	0	0	0	0	0	2	2
Tecnólogo Médico	0	0	0	0	0	0	2	2
Estudiante de Técnico de Enfermería	0	0	0	0	0	0	2	2
10 estudiantes de Medicina	0	0	0	0	0	0	1	1
Interno de Odontología	0	0	0	0	0	0	1	1
Total	1	100	9	100	10	100	86	100

Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales - HNMD

Durante Julio del presente año se observa que en 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 por Objetos Punzocortantes (80%), siendo los Médicos residentes los que presentan el mayor número de casos (50%), seguido de Internos de Medicina (30%).

Tabla N°3.2: Accidentes Laborales por Exposición a Fluidos Corporales y/o Objetos Punzocortantes Según Sexo. Julio 2018

Sexo	Salpicadura		Punzocortantes		Total Mes		N° Acum. a Junio	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Femenino	0	0	3	33	3	30	28	33
Masculino	1	100	6	67	7	70	58	67
Total	1	100	11	100	10	100	86	100

Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales - HNMD

En Julio del presente año se observa que la ocurrencia de casos de accidentes laborales por exposición a Fluidos Biológicos y/o objetos punzocortantes se ha presentado en personal de salud de sexo Femenino (70%), seguido del sexo masculino (30%).

Tabla N° 3.3: Accidentes Laborales por Exposición a Fluidos Corporales y/o Objetos Punzocortantes según Servicio de Ocurrencia. Julio 2018

Servicio donde ocurre el accidente	Salpicadura		Punzo cortantes		Total Mes		N° Acum. a Jun	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
	Emergencia Adultos	1	100	1	11	2	20	31
UCI General	0	0	0	0	0	0	5	6
Patología Clínica y Anat Patológica	0	0	0	0	0	0	5	6
SOP Emergencia	0	0	1	11	1	10	5	6
SOP Central	0	0	1	11	1	10	4	5
Santo Toribio	0	0	0	0	0	0	3	3
Centro Obstétrico	0	0	1	11	1	10	4	5
El Carmen	0	0	0	0	0	0	2	3
Obstetricia H-2	0	0	0	0	0	0	2	2
Cirugía H-4	0	0	1	11	1	10	3	3
Oncología Ginecológica	0	0	0	0	0	0	2	2
Nutrición	0	0	0	0	0	0	2	2
Urología I-1	0	0	1	11	1	10	3	3
Cirugía I-4	0	0	0	0	0	0	2	2
Julián Arce	0	0	0	0	0	0	2	2
Santa Rosa II	0	0	1	11	1	10	2	2
Santa Ana	0	0	0	0	0	0	1	1
Cirugía I-3	0	0	0	0	0	0	1	1
San Pedro	0	0	1	11	1	10	2	2
Centro Endoscópico	0	0	0	0	0	0	1	1
Emergencia Pediátrica	0	0	0	0	0	0	1	1
Pediatría	0	0	0	0	0	0	1	1
UCI Cardiovascular	0	0	0	0	0	0	1	1
Total	7	100	9	100	10	100	86	100

Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales - HNDM

Se observa que los tres servicios con mayor ocurrencia de casos de Accidentes laborales por exposición a Fluidos biológicos y/o objetos punzocortantes fueron en orden de incidencia, los servicios de Emergencia Adultos (36%), seguido de Uci General (6%), Sala de Operaciones de Emergencia (6%).

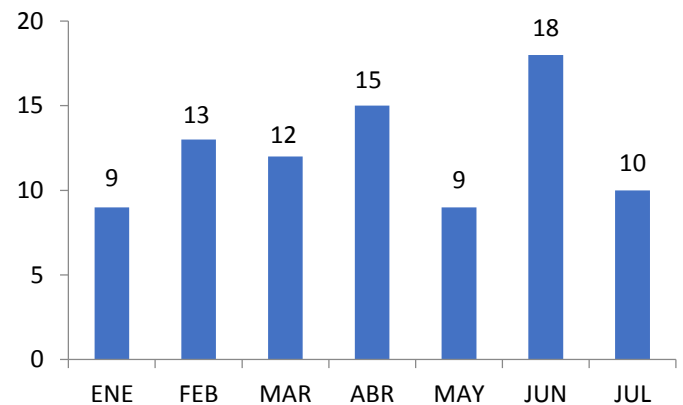
Tabla N°3.4. Tendencia de los Accidentes Laborales por Grupo Ocupacional. Julio 2018

Grupo Ocupacional	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	N°	%
Interno de Medicina	4	5	4	5	3	3	3	27	31
Médico Residente	2	3	2	2	2	1	5	17	20
Técnico de Enfermería	1	1	1	1	0	3	0	7	8
Enfermera	1	0	0	1	1	4	0	7	8
Interno de Enfermería	1	1	0	2	1	0	0	5	6
Técnico de Laboratorio	0	1	1	0	0	3	0	6	7
Médico Asistente	0	1	1	2	0	0	1	5	6
Personal Limpieza	0	1	0	0	0	3	0	4	5
Alumnos Ciencias de la Salud	0	0	2	1	0	0	0	3	3
Auxiliar de Nutrición	0	0	0	0	2	0	0	2	2
Tecnólogo médico	0	0	1	0	0	1	0	2	2
Interno de Odontología	0	0	0	1	0	0	0	1	1
TOTAL	9	13	12	15	9	18	10	86	100

Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales - HNDM

La tabla muestra que en Julio del presente año, se puede apreciar un incremento de casos de accidentes laborales por exposición a Fluidos biológicos y/o objetos punzocortantes con 18 casos.

Grafica N°3.3: Tendencia Mensual de los Accidentes Laborales por Exposición a Fluidos Biológicos y /o objetos Punzocortantes



Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales - HNDM

La tendencia por meses y distribución por Grupo Ocupacional de Accidentes Laborales por exposición a Fluidos Biológicos y/o Objetos punzocortantes nos muestra que los Internos de Medicina presentan el mayor número de casos (31%), seguido de los Médicos residentes (20%).

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		Punzo-cortantes		Total Mes		N° Acum. a Julio	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Durante procedimiento de sutura	0	0	3	33	3	30	15	17
Durante un procedimiento (adm. TTO., inserción CVP, CVC, etc.)	0	0	2	22	2	20	11	13
Durante procedimiento Quirúrgico	0	0	0	0	0	0	8	9
Durante procedimiento de toma de muestra de AGA	0	0	0	0	0	0	8	9
Durante procedimiento de toma de muestra de Hemoglucotest	0	0	1	11	1	10	7	8
Durante segregación de residuos hospitalarios	0	0	0	0	0	0	6	7
Al reencapsular una aguja usada	0	0	2	22	2	20	6	7
Material fue dejado en lugar inadecuado	0	0	0	0	0	0	3	3
Durante toma de muestra	0	0	1	11	1	10	4	5
Durante el uso del material	0	0	0	0	0	0	2	2
Durante procedimiento de aspiración de secreciones	0	0	0	0	0	0	2	2
Después de uso de material, después de descartarlo	0	0	0	0	0	0	7	8
Al finalizar el procedimiento (recojo de material, catéter EV, IM, SC, CVC, Epidural, etc.)	0	0	0	0	0	0	1	1
Durante procedimiento de uso de bisturí	0	0	0	0	0	0	1	1
Durante procedimiento de infiltración de anestesia	1	100	0	0	1	10	2	2
Durante lavado de instrumento	0	0	1	9	1	6	1	1
Otros	0	0	0	0	0	0	2	2
Total	1	100	9	100	10	100	86	100

Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales - HNDM

Otro aspecto importante para el análisis son las circunstancias en las que se desarrolla el accidente por exposición a Fluidos Biológicos y/o exposición a objetos punzocortantes; apreciándose que las circunstancias estuvieron relacionado al procedimiento de sutura con 15 casos (17%), seguido del procedimiento de administración de tratamiento, inserción de CVP, CVC etc. con 11 casos (13%).

Tabla N°3.6: Turnos Asociados a los Accidentes Laborales por Exposición a Fluidos Corporales y/o Objetos Punzocortantes. Julio 2018

Turno en que sucedió el accidente	Salpicadura		Punzocortantes		Total Mes		N° ACUM. A JUN.	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Mañana	0	0	5	56	5	50	44	51
Tarde	0	0	2	22	2	20	21	24
Noche	1	100	2	22	3	30	21	24
Total	1	100	9	100	1810	100	86	100

Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales - HNDM

La información mostrada también se correlaciona con las actividades asistenciales dado que el mayor porcentaje de accidentes laborales por exposición a Fluidos biológicos y/o exposición a objetos punzocortantes se registraron durante el turno matutino (50%), seguido del turno nocturno (30%).

Tabla N°3.7: Grado de Accidente Asociado a los Accidentes Laborales por Exposición a Objetos Punzocortantes. Julio 2018

Grado de accidente	Punzocortantes		N° ACUM. A JUN.	
	N°	%	N°	%
Superficial	8	89	54	84
Moderado	1	11	10	16
Total	9	100	64	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 89%), moderado (con perforación superficial, escaso sangrado 11%).

Tabla N°3.8: Estado de Vacuna Asociados a los Accidentes Laborales por Exposición a Fluidos Corporales y/o Objetos Punzocortantes. Julio 2018

Estado de vacunación para VHB en el trabajador	Salpicadura		Punzocortantes		Total Mes		N° ACUM. A JULIO	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Una dosis	0	0	2	22	2	20	9	10
Dos dosis	0	0	1	11	1	10	16	19
Tres dosis	1	100	6	67	7	70	59	69
Ninguna	0	0	0	0	0	0	2	2
Total	1	100	9	100	18	100	86	100

Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales - HNDM

En lo referente a la protección basada en la vacunación contra la Hepatitis B en Julio del presente año, se observa que el 70% de los trabajadores de salud expuestos cuenta con las dosis completas de vacuna de Hepatitis B y el 30% de los trabajadores expuestos no cuenta con las dosis completas de vacuna de hepatitis B.

El 100% de los Accidentes laborales por exposición a Fluidos biológicos – Salpicaduras según localización de la lesión se presentó en ambos ojos.

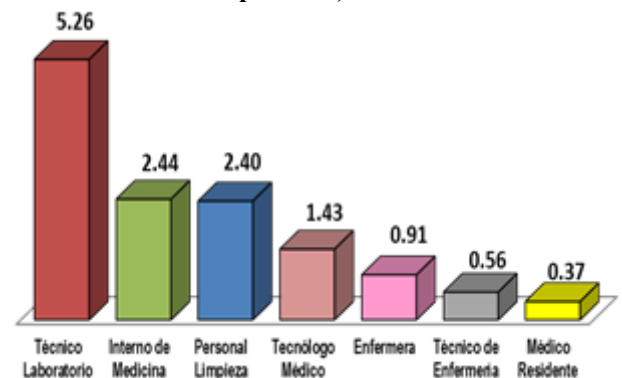
Tabla N°3.11: Tasa de Accidentabilidad por Grupo Ocupacional. Julio 2018

Grupo Ocupacional	N°	Población	Tasa
Interno de Medicina	3	123	2.44
Médico Residente	5	272	1.84
Técnico Laboratorio	1	57	5.26
Médico Asistente	1	380	0.26
TOTAL	10		

Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales - HNDM

Se observa que la Tasa de Accidentabilidad por accidentes de trabajo más alta se ha presentado en el Grupo Ocupacional de los Internos de Medicina (2.44%), seguido de los Residentes de Medicina (1.84%).

Gráfico N°3.4: Tasa de accidentabilidad por grupo ocupacional; Julio 2018



Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales - HNDM

Se observa que la Tasa de Accidentabilidad por accidentes de trabajo más alta se ha presentado en el Grupo Ocupacional de los Internos de Medicina (2.44%), seguido de los Médicos residentes (1.84%).

Tabla N°3.9: Zona de Localización Asociados a los accidentes Laborales por Exposición a Objetos Punzocortantes.

Zona de Localización del Accidente	Punzocortantes		N° ACUM. A JULIO	
	N°	%	N°	%
Dedo medio izquierdo, palma	4	44	9	14
Pulgar derecho, palma	2	22	9	14
Índice derecho, palma	1	11	9	14
Pulgar izquierdo, palma	1	11	8	13
Índice izquierdo, palma	0	0	7	11
Anular izquierdo, palma	1	11	7	11
Anular derecho, palma	0	0	3	5
Dedo medio derecho, palma	0	0	3	5
Palma mano derecha	1	9	3	5
Dorso mano izquierda	0	0	1	2
Antebrazo izquierdo	0	0	1	2
Muslo, pierna derecha	0	0	1	2
Palma mano izquierda	1	9	1	2
Meñique derecho, palma	1	9	1	2
Total	9	100	64	100

Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales – HNDM

El 44% de los Accidentes por exposición a objetos punzocortantes según localización de la lesión se presentó en dedo medio izquierdo, palma, seguido del dedo pulgar derecho con 22%,

Tabla N°3.10: Zona de localización Asociados a los accidentes Laborales por Exposición a Fluidos Corporales.

Zona de Localización del Accidente	Salpicadura		N° ACUM. A JULIO	
	N°	%	N°	%
Cara, ojo derecho	0	0	9	43
Cara, ojo izquierdo	0	0	6	29
Ambos ojos	1	100	2	9
Índice izquierdo, palma	0	0	1	5
Meñique derecho, palma	0	0	1	5
Índice derecho, dorso	0	0	1	5
Pulgar derecho, palma	0	0	1	5
Cara	0	0	1	5
Boca, frente	0	0	0	0
Total	1	100	22	100

Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales - HNDM

III. VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE ACCIDENTES DE TRANSITO.II TRIMESTRE 2018.

Los accidentes de Tránsito, figura en Lima, como la quinta causa de mortalidad. La causa principal es la imprudencia del conductor, seguidas de la imprudencia del peatón, el exceso de velocidad y conducir en estado de ebriedad.

Tabla N° 4.1: Resultados de los Accidentes de Tránsito, en el Departamento de Lima. Periodo 2014- Abril 2018

Año	Heridos	Muertos
2014	290	474
2015	451	641
2016	466	472
2017	498	539
Abr-18		138

Fuente: INEI- MININTER

En el segundo trimestre del año 2018, el Hospital Nacional dos de Mayo, ha presentado la siguiente casuística.

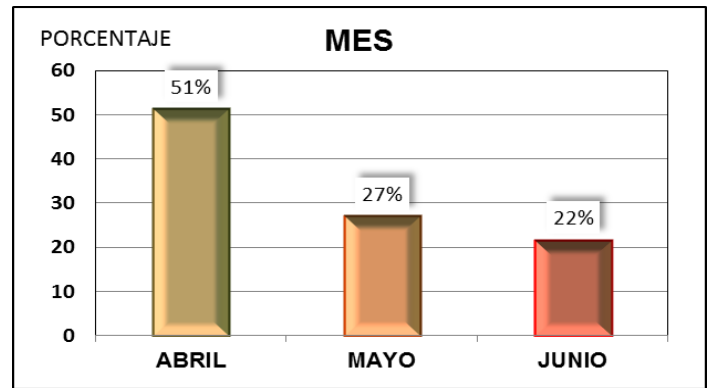
Tabla N° 4.2: Número de atendidos por Accidentes de Tránsito en el HNDM. Segundo Trimestre del 2018

Mes	Número	%
Abril	38	51
Mayo	20	27
Junio	16	22
Total	74	100

Fuente: Vigilancia de Accidentes de Tránsito. - HNDM

En el segundo trimestre, hubo un total de 74 atendidos en el HNDM, correspondientes a accidentes de Tránsito.

Gráfico N°4.1: Incidencia de Accidentes de Tránsito. Abril-Junio 2018



Fuente: Vigilancia de Accidentes de Tránsito. - HNDM

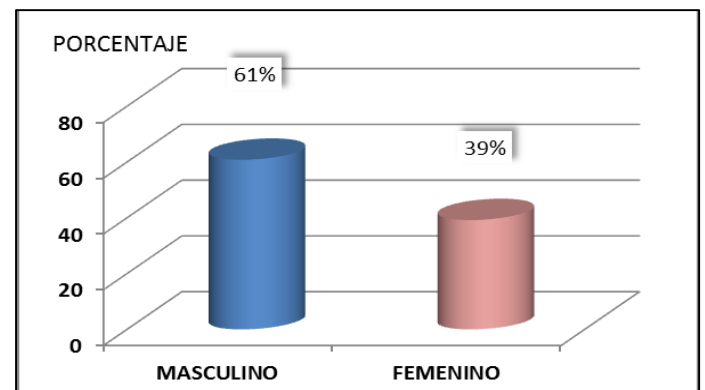
Se puede apreciar que la mayor incidencia de atendidos por accidentes de tránsito en el segundo trimestre, corresponde al mes de Abril, con 38 casos que representa el 51% del total de casos atendidos (74 casos).

Tabla N° 4.3: Número de Atendidos por Accidentes de Tránsito en el HNDM Según Sexo. Segundo Trimestre del 2018

Sexo	Número	%
Masculino	45	61
Femenino	29	39
Total	74	100

Fuente: Vigilancia de Accidentes de Tránsito. - HNDM

Gráfico N° 4.2: Incidencia de Accidentes de Tránsito, Según Sexo. Abril-Junio 2018



Fuente: Vigilancia de Accidentes de Tránsito. - HNDM

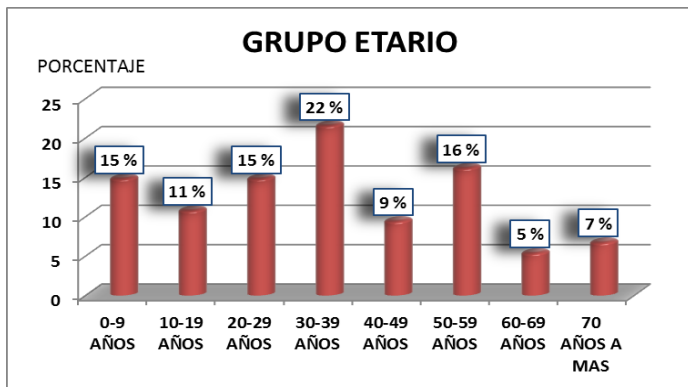
La prevalencia del sexo masculino entre los atendidos, sigue siendo la tendencia; en este segundo trimestre, represento el 61% de los casos.

Tabla N° 4.4: Número de Atendidos por Accidentes de Tránsito en el HNNDM Según Grupo Etario. Segundo Trimestre del 2018

Grupo Etario	Número	%
0-9 años	11	15
10-19 años	8	11
20-29 años	11	15
30-39 años	16	22
40-49 años	7	9
50-59 años	12	16
60-69 años	4	5
70 a más	5	7
Total	74	100

Fuente: Vigilancia de Accidentes de Tránsito. – HNNDM

Gráfico N° 4.3: Atendidos por Accidentes de Tránsito en el HNNDM según Grupo Etario. Segundo Trimestre del 2018



Fuente: Vigilancia de Accidentes de Tránsito. – HNNDM

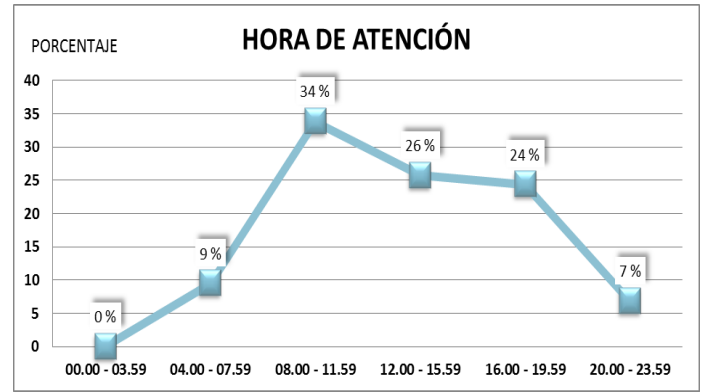
El intervalo entre los 30 a 39 años, sigue siendo el de mayor prevalencia de casos (22%) seguido de 50 a 59 años (16%), de 20 a 29 años y 0-9 años con similar porcentaje (11% cada uno).

Tabla N° 4.5: Accidentes de Tránsito en el HNNDM según Hora de Ocurrencia. Segundo Trimestre del 2018

Hora de Ocurrencia	Número	%
00.00-03.59 años	0	0
04.00-07.59 años	87	9
08.00-11.59 años	25	34
12.00-15.59 años	19	26
16.00-19.59 años	18	24
20.00-23.59 años	5	7
Total	74	100

Fuente: Vigilancia de Accidentes de Tránsito. - HNNDM

Gráfico N° 4.4: Accidentes de Tránsito en el HNNDM según Hora de Ocurrencia. Segundo Trimestre del 2018



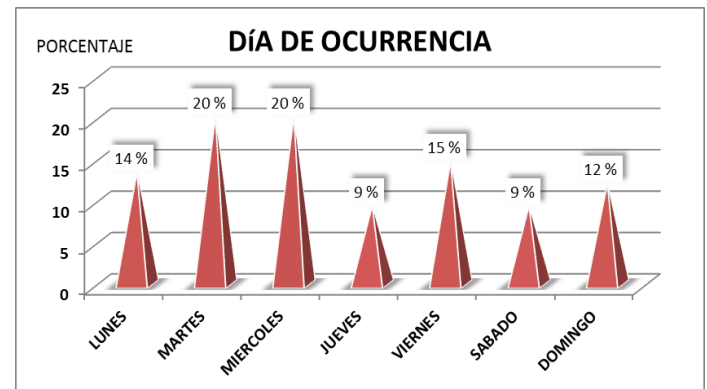
La tabla y gráfico anteriores muestran que, el intervalo comprendido entre las 08.00 y las 12.00 horas es el que exhibe el mayor número de casos (25) que representa el 34% del total, seguido del intervalo de 12.00 a 16.00 horas con 19 casos que representa el 26% del total.

Tabla N° 4.6: Accidentes de Tránsito en el HNNDM según Día de Ocurrencia. Segundo Trimestre del 2018

Día	Número	%
Lunes	10	14
Martes	15	20
Miércoles	15	20
Jueves	7	9
Viernes	11	15
Sábado	7	9
Domingo	9	12
Total	74	100

Fuente: Vigilancia de Accidentes de Tránsito. - HNNDM

Gráfico N° 4.5 : Atendidos por Accidentes de Tránsito en el HNNDM según Día de Ocurrencia. Segundo Trimestre del 2018



Fuente: Vigilancia de Accidentes de Tránsito. - HNNDM

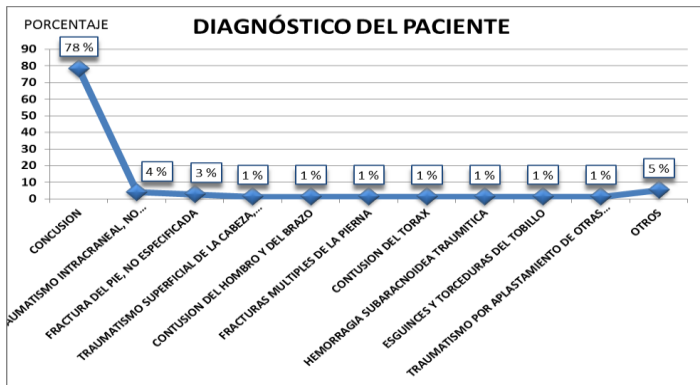
En la tabla y gráfico precedentes se evidencia que los días Martes y Miércoles, son los días con mayor incidencia de accidentes de tránsito, con 15 casos reportados cada uno, sumando los casos de ambos días, el 40% de los accidentes de tránsito.

Tabla N° 4.7: Accidentes de Tránsito en el HNDM según Diagnóstico de Atención. Segundo Trimestre 2018

DIAGNOSTICO	N	%
Policontuso	58	78
Traumatismo Intracraneal, No Especifico	3	4
Fractura del pie, no especifica	2	3
Traumatismo superficial de la Cabeza	1	1
Contusión del Hombro y del Brazo	1	1
Fracturas Múltiples de la Pierna	1	1
Contusión del Tórax	1	1
Hemorragia Subaracnoidea	1	1
Esguince del Tobillo	1	1
Traumatismo por Aplastamiento	1	1
Otros	1	5
TOTAL	74	100

Fuente: Vigilancia de Accidentes de Tránsito. - HNDM

Gráfico N° 4.6. Accidentes de Tránsito en el HNDM según Diagnóstico de Atención. Segundo Trimestre 2018



Fuente: Vigilancia de Accidentes de Tránsito. - HNDM

Con respecto a Diagnóstico destaca Policontuso con 58 casos que representa el 78% del total.

Tabla N° 4.8: Accidentes de Tránsito en el HNDM según Lugar de Ocurrencia del Accidente de Tránsito . Segundo Trimestre 2018

LUGAR DE OCURRENCIA	N	%
Av. 28 de Julio	6	8%
Av. Grau	5	7%
Av. Abancay	4	5%
Jr. Junin	3	4%
Av. Riva Agüero	3	4%
Jr. Ancash	2	3%
Av. Manco Capac	2	3%
Jr. Huánuco	2	3%
Av. Alfonso Ugarte	2	3%
Av. Aviación	2	3%
Lugar no especificado	3	4%
Otros	40	54%
TOTAL	74	100

Fuente: Vigilancia de Accidentes de Tránsito. - HNDM

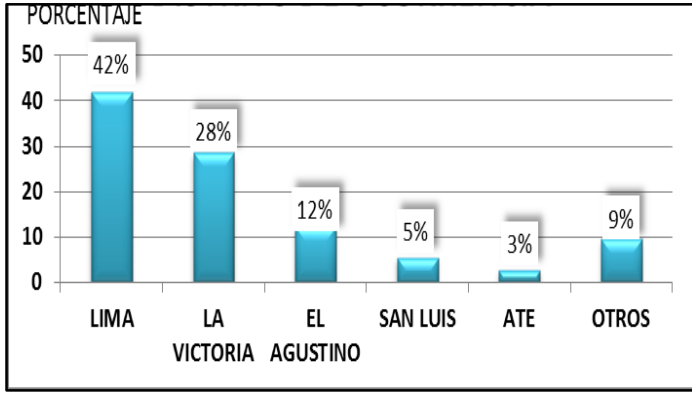
De acuerdo a la tabla anterior, la Av. 28 de Julio se constituyó como la calle de donde se reportaron el mayor número de casos (6) que representa el 8% del total seguido de la Av. Grau con 5 casos que representan el 7%. Sin embargo cabe anotar que en 40 de los casos se reportó como otros lo que representa el 54% del total.

Tabla N° 4.9: Accidentes de Tránsito en el HNDM según Distrito de Ocurrencia. Segundo Trimestre 2018

Lugar de Procedencia	N	%
Cercado de Lima	31	42
La Victoria	21	28
El Agustino	9	12
San Luis	4	5
Ate	2	3
Otros	7	9
TOTAL	74	100

Fuente: Vigilancia de Accidentes de Tránsito. - HNDM

Gráfico N°4.7 : Distrito de Ocurrencia del Accidente de Tránsito. Segundo Trimestre 2018



Fuente: Vigilancia de Accidentes de Tránsito. - HNDM

El distrito de mayor ocurrencia de los accidentes de Tránsito, es el Cercado de Lima con 31 casos, que representa el 42% del total seguido de La Victoria con 21 casos que representa el 28% del total y El Agustino con el 12% de los casos.

Tabla N° 4.10: Tabla N°: Accidente de Tránsito según Tipo de Accidente. Segundo Trimestre 2018

Tipo de Accidente	N	%
Atropello	40	54
Choque	25	34
Caída del Vehículo	5	7
Volcadura	2	3
Despiste	2	3
TOTAL	74	100

Fuente: Vigilancia de Accidentes de Tránsito. - HNDM

En relación con el tipo de accidente de Tránsito, predomina el atropello con el 54%, seguido del choque con 34%, caída del vehículo con el 7%, volcadura y despiste con el 3% respectivamente.

Gráfico N°4.7: Tipo de Accidente de Tránsito. Segundo Trimestre 2018

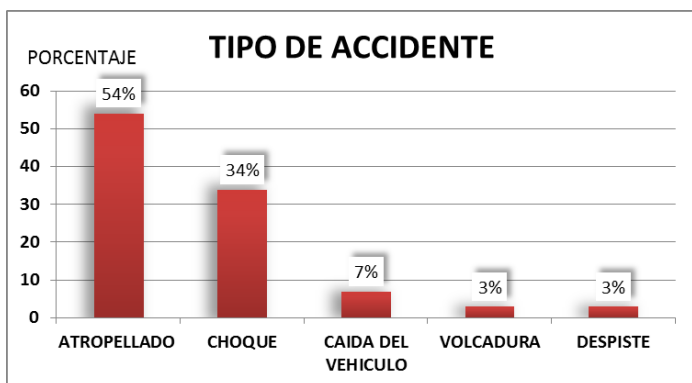
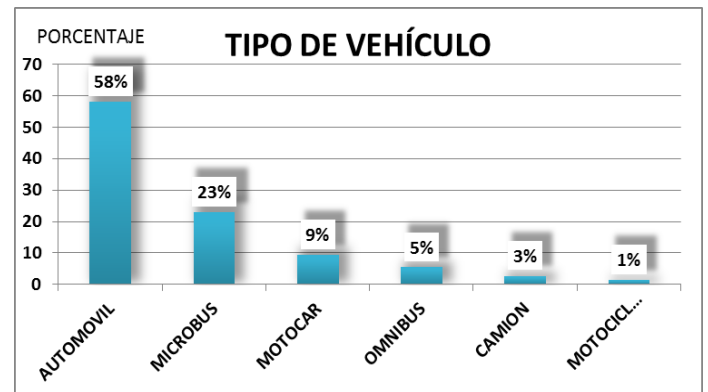


Tabla N°4.11: Accidente de Tránsito según Tipo de Vehículo. Segundo Trimestre 2018

Tipo de Accidente	N	%
Automovil	43	58
Microbus	17	23
Motocar	7	9
Omnibus	4	5
Camión	2	3
Motocicleta	1	1
TOTAL	74	100

Fuente: Vigilancia de Accidentes de Tránsito. - HNDM

Gráfico N° 4.8: Accidente de Tránsito según Tipo de Vehículo. Segundo Trimestre 2018



Fuente: Vigilancia de Accidentes de Tránsito. - HNDM

En cuanto a tipo de vehículo sobresale automóvil con 43 casos reportados que representa el 58% del total, seguido de Microbús con 17 casos que representa el 23%.

Tabla N° 4.12: Accidente de Tránsito según Sexo del Conductor. Segundo Trimestre 2018

Sexo del Conductor	N	%
Masculino	69	93
Femenino	2	3
No especificado	3	4
TOTAL	74	100

Fuente: Vigilancia de Accidentes de Tránsito. - HNDM

En relación al sexo del conductor, se aprecia que el sexo masculino, es el que predomina, como ocurrió en el 93% de los accidentes (69 casos).

El sexo femenino de los conductores solo representó el 3% de los casos.

Gráfico N° 4.9 : Accidente de Tránsito según Sexo del Conductor. Segundo Trimestre 2018

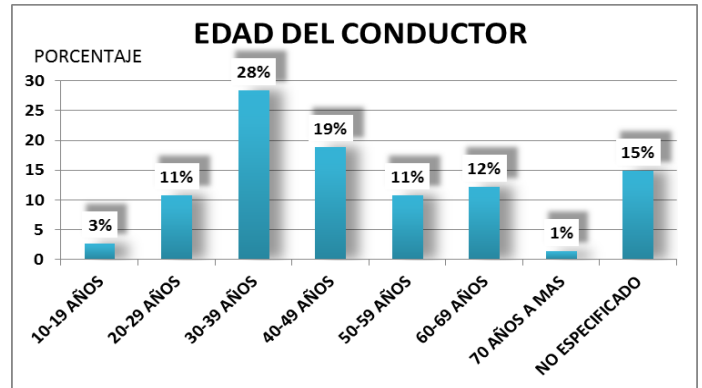


Fuente: Vigilancia de Accidentes de Tránsito. - HNDM

representando entre ambos grupos etarios, casi el 47% de los accidentes de tránsito es decir con una edad entre los 30 y 49 años (35 casos).

Segmento poblacional con un estilo de manejo predominantemente temerario, brusco y de incumplimiento de las normas de seguridad vial y que no miden el peligro, en muchos casos bajo los efectos del alcohol y las drogas.

Gráfico N° 4.10 : Accidente de Tránsito según Edad del Conductor. Segundo Trimestre 2018



Fuente: Vigilancia de Accidentes de Tránsito. - HNDM

Tabla N° 4.13 : Accidente de Tránsito según Edad del Conductor. Segundo Trimestre 2018

Edad del Conductor	N	%
10-19 años	2	3
20-29	8	11
30-39	21	28
40-49	14	19
50-59	8	11
60 -69	9	12
70 a más	1	1
No especificado	11	15
TOTAL	74	100

Fuente: Vigilancia de Accidentes de Tránsito. - HNDM

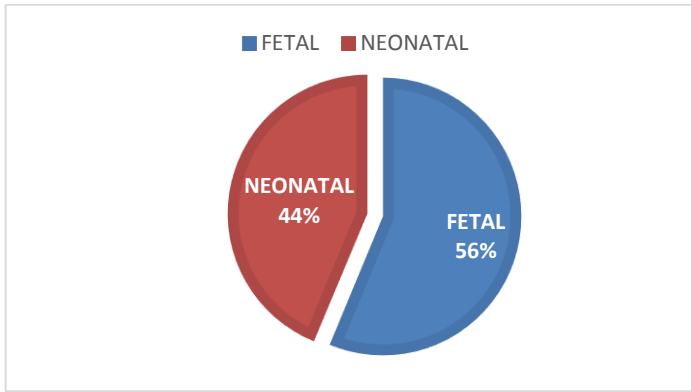
En relación a la edad del conductor, se aprecia que los accidentes de tránsito predominan entre la edad del conductor en el rango de los 30 a 39 años con 21 casos, seguida del rango entre los 40 y 49 años con 14 casos,

IV. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE MORTALIDAD NEONATAL Y FETAL.

La Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Neonatal y Perinatal ha permitido caracterizar el perfil epidemiológico de la mortalidad en este grupo de edad en la Institución. En Julio del presente año, se ha notificado 06 muertes fetales, de los cuales 03 casos fueron natimueertos (50%) y 03 casos fueron muertes neonatales (50%).

En el acumulado de Muertes perinatales (Fetales más neonatales), se registran 32 casos de Mortalidad Perinatal, de los cuales los más frecuentes son las Muertes fetales con 18 casos (56%), seguido de las Muertes neonatales con 14 casos (44%).

Gráfico N° 5.1: Distribución de la Mortalidad Fetal y Neonatal .Julio 2018



Fuente: Base de datos del VEA-HNDM.

Tabla N° 5.1: Muertes Fetales y Neonatales según Peso al Nacer y Tipo de Parto. Julio 2018

Peso/ Denominación	Tipo Parto		Muerte Fetal			Tipo Parto		Muerte Neonatal			
	Vaginal	Cesárea	Ante parto	Intra parto	Total	Vaginal	Cesárea	< 24 Horas	1-7 Días	8-28 Días	Total
500 - 999 grs.	5	1	6	0	6	5	1	1	2	3	6
1000 - 1499 grs.	6	0	6	0	6	0	0	0	0	0	0
1500 - 1999 grs.	0	2	2	0	2	3	0	1	2	0	3
2000 - 2499 grs.	1	0	1	0	1	1	2	0	2	1	3
2500 - 2999 grs.	1	1	2	0	2	0	0	0	0	0	0
3000 - 3499 grs.	1	0	1	0	1	0	2	1	0	1	2
3500 - 3999 grs.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4000 - 4499 grs.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
>=4500 grs.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	14	4	18	0	18	9	5	3	6	5	14

Fuente: Base de datos del VEA-HNDM.

Hasta Julio del presente año en la Tabla superior (Aplicativo Analítico BABIES), se observa que el perfil epidemiológico de las 18 muertes fetales, presentan edad gestacional de 22 a 40 semanas, con pesos de 500 – 3,499 gramos; siendo que en la mayoría de muertes fetales no se identifica la causa básica de muerte fetal, asimismo las madres poseen CPN insuficiente, siendo 14 natimueertos de parto vaginal (14 casos) y 04 por cesárea.

El perfil epidemiológico de las muertes neonatales, muestra edades gestacionales de 24 a 40 semanas, con pesos al nacer de 500 - 3.499 gramos, de madres con CPN insuficientes, nacidos de parto por vaginal (06) y nacidos

de parto por Cesárea (05); siendo la causa básica de mortalidad neonatal la Sepsis Neonatal y Anencefalia.

Un hecho resaltante sobre la Vigilancia Epidemiológica, es reconocer el insuficiente control prenatal que las madres han tenido durante su embarazo, situación modificable sobre el que se debe de actuar para prevenir estas muertes neonatales, incentivando mediante la educación de las madres sobre la importancia del CPN y mejorando la accesibilidad, en horarios de atención en los establecimientos de salud.

Tabla N°5.2: Muerte fetal según cie 10 y peso de nacimiento

DIAGNOSTICOS	CODIGO CIE X	PESO AL NACIMIENTO						TOTAL
		500 - 999 grs.	1000 - 1499 grs.	1500 - 1999 grs.	2000 - 2499 grs.	2500 - 2999 grs.	≥ 3000 grs.	
Muerte fetal de causa no especificada	P95	2	3	1	1	1	0	8
nmaturidad extrema	P07.2	2	1	0	0	0	0	3
Feto y recién nacido afectados por corioamnionitis	P02.7	1	1	0	0	0	0	2
Feto y recién nacido afectados por placenta previa	P02.0	0	0	1	0	0	0	1
Síndrome del recién nacido de madre con diabetes gestacional	P70.0	0	0	0	0	1	0	1
Feto y recién nacido afectados por oligohidramnios	P01.2	0	1	0	0	0	0	1
Feto y RN afectados por compresión del cordón Umbilical	P02.5	0	0	0	0	0	1	1
Malformacion Congénita	Q89.9	1	0	0	0	0	0	1
TOTAL GENERAL		6	6	2	1	2	1	18

Fuente: Base de datos del VEA-HNDM.

En Julio del presente año, según codificación CIE – 10 las causas básicas de Mortalidad Fetal fueron Muerte fetal de Causa no Especifica (25%), Inmaturidad Extrema (9%) y Feto y RN afectados por Corioamnionitis (7%).

Tabla N° 5.3: Muerte Neonatal según codificación CIE – 10 y peso al Nacimiento, hasta Julio de 2018

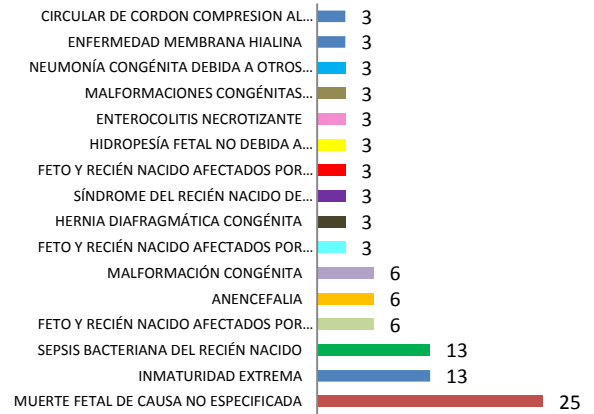
DIAGNOSTICOS	CODIGO CIE X	PESO AL NACIMIENTO						TOTAL
		500 - 999 grs.	1000 - 1499 grs.	1500 - 1999 grs.	2000 - 2499 grs.	2500 - 2999 grs.	≥ 3000 grs.	
Sepsis bacteriana del recién nacido	P36	3	0	1	0	0	0	4
Anencefalia	Q00.0	0	0	1	1	0	0	2
Enfermedad de Membrana Hialina	P22.0	1	0	0	0	0	0	1
Neumonía congénita debida a otros organismos	P23.8	0	0	0	0	0	1	1
Malformación congénita Múltiples	Q89.7	0	0	0	1	0	0	1
Malformaciones congénitas	Q89.9	0	0	1	0	0	0	1
Hernia Diafragmatica congenita	Q79.0	0	0	0	0	0	1	1
Malformación congenita	Q89.9	0	0	0	0	0	1	1
Hidropesía fetal no debida a enfermedad hemolítica	P83.2	0	0	0	1	0	0	1
Enterocolitis necrotizante	P77	1	0	0	0	0	0	1
Inmadurez extrema	P07.2	1	0	0	0	0	0	1
TOTAL GENERAL		6	0	3	3	0	2	14

Fuente: Base de datos del VEA-HNDM.

En relación con las causas de mortalidad Neonatal, en Julio del presente año, se presentaron 03 casos de Mortalidad Neonatal, de los cuales 02 casos fueron por Sesos Neonatal y 01 caso por enfermedad Hialina.

Hasta Julio del presente año, la causa más frecuente de Mortalidad Neonatal fue por Sepsis bacteriana del recién nacido (13%), seguido de Anencefalia (6%).

Gráfico N° 5.2: Distribución Porcentual de Muertes Perinatales



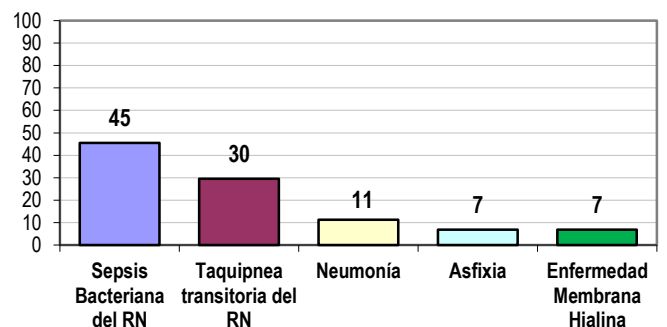
Fuente: Base de datos del VEA-HNDM.

Según distribución porcentual de Muertes perinatales hasta Julio del presente año, se puede apreciar que la mayor ocurrencia de casos es Muerte Fetal de causa no especificada (25%), seguido de Sepsis Bacteriana y Prematuridad extrema, ambos con 13%.

Tabla N°5.4: Complicaciones Neonatales a Julio 2018.

Complicaciones Neonatales	Nº	%
Sepsis Bacteriana del RN	22	63
Asfixia	4	11
Enfermedad Membrana Hialina	4	11
Neumonía	3	9
Taquipnea transitoria del RN	1	3
Hemorragia Pulmonar	1	3
Total	35	100

Gráfico N 5.3 :Distribución Porcentual de Complicaciones Neonatales.HNDM. a Julio del 2018.



Fuente: Base de datos del VEA-HNDM.

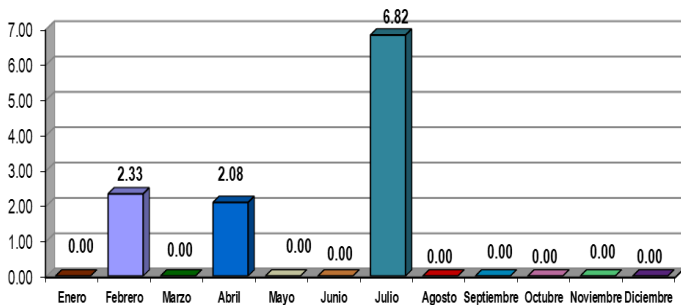
Durante Julio del presente año se atendieron 44 recién nacidos complicados. Las complicaciones más frecuentes siguen siendo la Sepsis bacteriana del recién nacido con 20 casos (45%), seguido de Taquipnea transitoria del recién nacido con 13 casos (30%).

Tabla N°5.5: Tasa de Letalidad de complicaciones Neonatales. Julio 2018

	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio
Complicación Neon	Nº Casos	º Muerte	Nº Casos	º Muerte	Nº Casos	º Muerte	Nº Casos
Sepsis Bacteriana de	22	0	31	1	26	0	24
Enfermedad Membr	4	0	1	0	2	0	3
Asfixia	4	0	3	0	5	0	4
Neumonía	3	0	6	0	6	0	8
Hemorragia Pulmon	1	0	0	0	0	0	0
Taquipnea transitor	1	0	2	0	3	0	7
Displasia Broncopul	0	0	0	0	1	0	1
Neumomediastino	0	0	0	0	0	0	1
Síndrome Aspiració	0	0	0	0	0	0	2
Total RN Complicad	35	0	43	1	43	0	48
TASA LETALIDAD	0.00	2.33	0.00	2.08	0.00	0.00	6.82

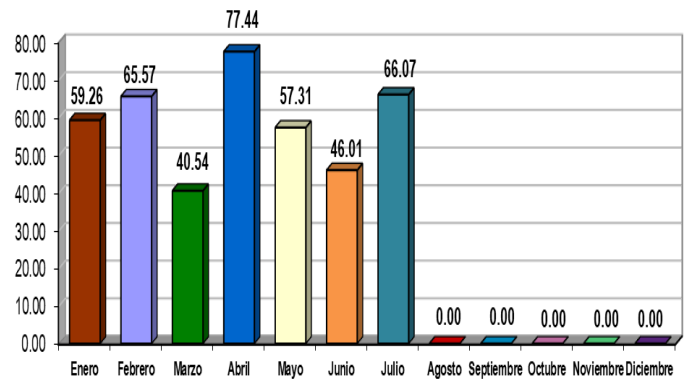
Fuente: Base de datos del VEA-HNDM.

Gráfico N°5.4: Tasa de Letalidad de complicaciones Neonatales. Julio 2018



En Julio del presente año, las muertes neonatales por complicaciones sujetas a vigilancia epidemiológica, como daños centinela, se han notificado 03 casos (Tasa de Letalidad: 6.82 por 100 n.v.).

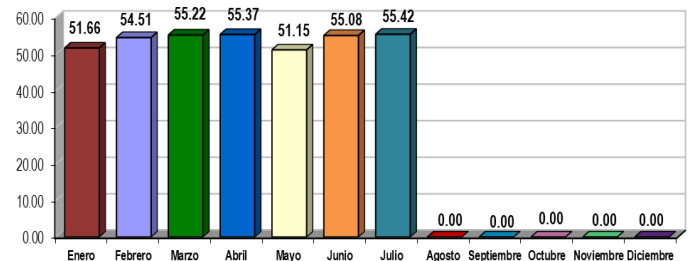
Gráfico N°5.5: Tasa de Incidencia de Bajo Peso al Nacer HNDM. a Julio del 2018.



Fuente: Base de datos del VEA-HNDM.

En Julio del presente año, se observa que la Tasa de incidencia de bajo peso al nacer es de 66.07 x 1000 recién nacidos vivos, siendo la tendencia descendente en los dos últimos meses.

Gráfico N°5.6: Tasa de Cesárea General. Julio 2018



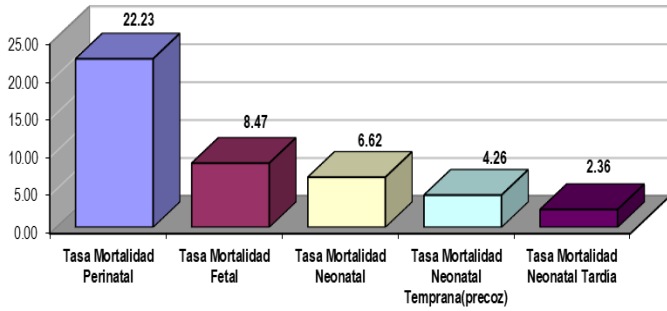
Fuente: Base de datos del VEA-HNDM.

La proporción de partos complicados sigue siendo alta (79.52%), dado que el HNDM es un Establecimiento de referencia nacional. En Julio la tasa de cesárea general fue de 55.42 %, el resto de partos fueron partos vaginales distócicos.

La tasa de cesárea en RN de bajo peso al nacer fue de 3.92%, cifra afectada por el gran porcentaje de cesáreas de emergencia y factores maternos intrínsecos, la tasa de cesárea en RN grande para la edad gestacional fue de 10.24% y la tasa de cesárea con RN macrosómico es de 6.02%.

Gráfico N°5.7: Tasa de Mortalidad Fetal y Neonatal

Tabla N° 6.1 : Evaluación del Manejo de Residuos Sólidos Hospitalarios por Servicios. Julio 2018



Fuente: Base de datos del VEA-HNDM.

En relación con las Tasas de Mortalidad Perinatal, se puede apreciar hasta Julio del presente año, que la Tasa de Mortalidad Perinatal es de 22.23 x 1000 nacimientos, la tasa de Mortalidad Neonatal fue de 6.62 x 1000 RN Vivos, la Tasa de Mortalidad neonatal precoz es de 4.26 x 1000 RN Vivos; la Tasa de Mortalidad Fetal es de 8.47 x 1000 nacimientos.

En Julio del presente año, la Tasa de Mortalidad Perinatal es de 17.91 x 1000 nacimientos, la Tasa de Mortalidad Neonatal es de 9.01 x 1000 RN Vivos y la Tasa de Mortalidad Fetal es de 8.96 x 1000 nacimientos.

V. EVALUACIÓN POR DEPARTAMENTOS DEL MANEJO DE RESIDUOS HOSPITALARIOS. JULIO 2018

Se puede apreciar que el 63% cumple con un adecuado manejo de los residuos sólidos hospitalarios y que el 37% de los servicios se encuentran realizando un regular manejo de los residuos Sólidos hospitalarios, siendo los factores más inadecuados:

- La inadecuada segregación,
- El personal asistencial no viene desechando adecuadamente los residuos comunes (frascos de sueros, envolturas de gasas, algodón, envolturas de alimentos y botellas de bebidas) en el tacho correspondiente.
- El personal asistencial no viene desechando adecuadamente los residuos biocontaminados (gasas, esparadrapo, guantes descartables, respiradores N°95, botas descartables, gorros descartables y algodón con sangre, en el tacho correspondiente.

Si evaluamos los resultados por Departamentos como se muestra en el cuadro N° 2 obtendremos los que mejor cumplen con el manejo de los residuos sólidos hospitalarios.

SERVICIOS	CALIFICACION		
	BUENO	REGULAR	MALO
	%	%	%
SAN ANDRES		X	
JULIAN ARCE		X	
SANTA ANA		X	
SAN PEDRO	X		
SANTO TORIBIO	X		
SAN ANTONIO I	X		
SAN ANTONIO II	X		
INFECTOLOGIA "SANTA ROSA II"	X		
NEUMOLOGIA "SANTA ROSA III"		X	
ONCOLOGIA MEDICA (QUIMIOTERAPIA)	X		
NEFROLOGIA-HEMODIALISIS		X	
CIRUGIA H-3		X	
CIRUGIA H-4		X	
CIRUGIA I-3	X		
CIRUGIA I-4	X		
UROLOGIA I-1	X		
TRAUMATOLOGIA "EL CARMEN"		X	
OBSTETRICIA H-2	X		
CENTRO OBSTETRICO Y RECUPERACION		X	
PEDIATRIA	X		
NEONATOLOGIA I-2		X	
ODONTOESTOMATOLOGIA	X		
DIAGNOSTICO POR IMÁGENES	X		
FARMACIA		X	
CENTRAL DE ESTERILIZACION	X		
ANESTESIOLOGIA Y CENTRO QUIRURGICO (SOPC)	X		
SALA DE OPERACIONES DE EMERGENCIA	X		
RECUPERACION DE EMERGENCIA	X		
EMERGENCIA		X	
UCI, UCI NEURO y UCIN		X	
PATOLOGIA CLINICA (AUTOMATIZACION, SEMIAUTOMATIZACION, CENTRIFUGACION Y GESTIÓN DE LA CALIDAD).	X		
ANATOMIA PATOLOGICA	X		
BANCO DE SANGRE Y HEMOTERAPIA	X		
UNIDAD DE CUIDADOS CARDIOVASCULAR POST QUIRURGICO.	X		
CUIDADOS CARDIOVASCULARES AGUDOS Y CORONARIO.	X		
TOTAL	63%	37%	0%

Así tenemos, como los de mayor cumplimiento: Odontología, Diagnóstico por Imágenes, Enfermería, Anestesiología y Centro Quirúrgico, Patología Clínica, Banco de Sangre y Hemoterapia y Cirugía de Tórax y Cardiovascular.

Tabla N° 6.2 : Evaluación del Manejo de Residuos Sólidos Hospitalarios por Departamentos. Julio 2018

DEPARTAMENTOS	CALIFICACION			
		BUENO (%)	REGULAR (%)	MALO (%)
Departamento de medicina		57	43	-
Departamento de especialidades medica		50	50	-
Departamento de cirugía		50	50	-
Departamento de gineco- obstetricia		50	50	-
Departamento de pediatría		50	50	-
Dpto de odontología		100	-	-
Dpto. De diagnóstico por imágenes		100	-	-
Departamento de farmacia		-	100	-

Fuente: Base de datos del VRS-HNDM.

Finalmente los Departamentos que manejan regularmente los residuos sólidos son: Medicina, Especialidades Médicas, Cirugía, Gineco-Obstetricia, Pediatría, Farmacia y Emergencia.

VI. ACTUALIDAD EPIDEMIOLÓGICA

ALERTA EPIDEMIOLÓGICA A NIVEL NACIONAL



Actualización de Alerta Epidemiológica

Riesgo de introducción y circulación del virus de sarampión debido a casos importados, Perú – 02 de agosto de 2018

CÓDIGO: AE – CDC Nº 009 - 2018

I. Objetivo

Mantener informados a los servicios de salud del país públicos y privados sobre la situación actual del sarampión en Perú ante el alto riesgo de transmisión local a partir de casos importados, a fin de mantener una vigilancia intensificada del síndrome febril eruptivo.

II. Antecedentes

El sarampión es una enfermedad transmisible febril, aguda, de transmisión respiratoria, siendo aún una de las principales causas de morbimortalidad entre los menores de 5 años, cuya manifestación principal es la erupción máculo papular. Su periodo de incubación desde la exposición hasta la instalación de la erupción es de 14 días, (7 –18 días), puede ser transmitido desde 4 días antes hasta 4 días después de la instalación de la erupción.

En septiembre del 2016 se declaró la eliminación del sarampión de las Américas; sin embargo, el sarampión es una enfermedad de alta transmisibilidad, por lo que su actual circulación tiene gran relevancia por ser una región altamente interconectada por el turismo, lo que ha conllevado a un mayor flujo migratorio en los últimos años y un mayor riesgo de transmisión.

Entre las semanas epidemiológicas (SE) 1 y la SE 28 de 2018 se notificaron 2.472 casos confirmados de sarampión en 11 los países de la Región de las Américas: Antigua y Barbuda (1 caso), Argentina (5 casos), Brasil (677 casos), Canadá (19 casos), Colombia (40 casos), Ecuador (17 casos), Estados Unidos de América (91 casos), Guatemala (1 caso), México (5 casos), Perú (3 casos) y la República Bolivariana de Venezuela (1.613 casos).

En el Perú, el último caso autóctono reportado fue en el año 2000, en el distrito de Ventanilla (Región Callao). En el año 2008 se identificó un caso importado de la India y en el 2015, 4 casos relacionados a la importación.

III. Situación actual

En el presente año, se han confirmado 4 casos de sarampión, de los cuales dos fueron clasificados como: **Casos confirmados con fuente de infección desconocida** con lugar probable de infección la ciudad de Juliaca-Puno con genotipo de la India y 2 **casos importados** procedentes de Venezuela que desarrollaron el cuadro clínico en nuestro país. Un caso adicional confirmado en Ecuador y clasificado en ese país como caso importado ingreso al Perú después del periodo de contagiosidad.

Estos últimos casos se presentaron entre la SE 26 y 28, en menores entre 1 y 4 años. Los casos se desplazaron desde Tumbes a la ciudad de Lima, por vía terrestre, a los distritos de San Juan de Lurigancho y Puente Piedra. El caso de Puente Piedra se detectó al seguimiento como contacto (hermano) del caso detectado en Ecuador y que ingreso al Perú luego de haber estado en aislamiento durante el periodo de





"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Diálogo y Reconciliación Nacional"

contagiosidad, siendo notificado por el Centro Nacional de Enlace (RSI) ecuatoriano. El otro caso fue notificado por el Hospital San Juan de Lurigancho de Lima. Actualmente, todos con evolución favorable.

IV. Medidas a tomar

Las GERESA/DIRESA/DIRIS, redes y establecimientos de salud públicos y privados deberán continuar con el fortalecimiento de la vacunación, intensificación de la vigilancia epidemiológica y de laboratorio del síndrome febril con erupción maculo-papular a fin de asegurar respuestas rápidas para la toma de decisión y/o control de casos sospechosos o confirmados de sarampión y otras acciones de prevención y control.

La principal medida para evitar la diseminación del virus del sarampión es la vacunación de la población susceptible, junto con un sistema de vigilancia sensible para detectar oportunamente todo caso sospechoso de sarampión y de inmediato tomar medidas de contención.

Vigilancia epidemiológica

• Notificación de casos e investigación de casos:

- Difundir a todo el personal de salud la **definición de caso sospechoso de sarampión**: "Toda persona de cualquier edad, de quien un trabajador de salud sospecha que tiene sarampión o rubéola, o todo caso que presente fiebre y erupción máculo-papular, no vesicular".
- **Notificación inmediata de todo caso sospechoso** y llenado de ficha de investigación clínico-epidemiológica por parte de personal de salud responsable de la atención médica del caso, quien reporta el caso al responsable de epidemiología o quien haga sus veces en el establecimiento de salud. (Ver anexo 1 para otras definiciones de caso)
- El responsable de epidemiología realizará el llenado correcto de la ficha, legibilidad de la letra y la consistencia de los datos escritos en la ficha. Asimismo, realizará el visado obligatorio de la ficha de investigación clínico-epidemiológica. Simultáneamente se enviará una copia de la ficha de investigación a laboratorio para que realice la obtención de la muestra para aislamiento viral y serología e **investigación epidemiológica dentro de 48 horas de conocido el caso** según lo establecido en la "Directiva Sanitaria N°049 MINS/DGE-V-01 Directiva Sanitaria para la Vigilancia Epidemiológica de Sarampión, Rubéola y otras Enfermedades Febriles Eruptivas".
- Se implementará la notificación diaria de casos sospechosos de sarampión. Cada GERESA/DIRESA/DIRIS reportará al Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades vía correo electrónico brotos_dge@dge.gob.pe la notificación positiva de casos y negativa en caso de no tener ningún caso sospechoso. En los casos en que la notificación sea positiva, se remitirá adicionalmente la ficha de investigación escaneada, el corte para el envío de la información será a las 15:00 horas.
- Se debe de implementar una sala de situación de contingencia, que contenga información epidemiológica, seguimiento de contactos, información sobre la BAI, avance de las coberturas de vacunación y será actualizada de manera semanal.

• Medidas de Contención:

Un paciente con sarampión es contagioso desde cuatro días antes hasta cuatro días después del inicio del exantema; se deben tomar medidas para evitar y controlar la propagación de la infección, como el aislamiento y monitoreo de los contactos.





Todas las personas encargadas de la investigación de los pacientes sospechosos de sarampión o rubéola deben estar vacunadas.

Aislamiento: Los pacientes sospechosos de sarampión deben permanecer en su domicilio sin salir hasta cinco días después del inicio del exantema. Durante este período de aislamiento, no deben tener contacto con miembros de la familia susceptibles (por ejemplo, lactantes y adultos sin vacunar) y sólo deberán recibir visitas de personas vacunadas.

Hospitalización:

- Dado el alto riesgo de transmisión intrahospitalaria, los pacientes con sarampión no deben ser hospitalizados a menos que sea totalmente necesario. En este caso los centros hospitalarios deben tomar precauciones para impedir la transmisión intrahospitalaria.
- Todos los trabajadores de salud deben ser inmunes al sarampión (Vacunación SR). Además de las precauciones ordinarias (por ejemplo, lavado de manos, empleo de guantes cuando se manipulen secreciones orgánicas, utilización de batas), deben tomarse precauciones especiales para evitar la propagación de agentes patógenos transportados por el aire. La puerta de la habitación debe mantenerse cerrada, y no se debe permitir el acceso a ninguna persona susceptible.
- El paciente sólo debe salir o ser trasladado fuera de la habitación cuando sea imprescindible debe usar una mascarilla.

Monitoreo de los contactos cercanos:

- Se deben detectar todos los contactos cercanos de un paciente sospechoso de padecer sarampión y se deben vigilar estrechamente durante las cuatro semanas que siguen al día del inicio del exantema en el paciente. Son contactos todas las personas que vivían en la misma casa u otras dependencias cercanas al paciente sospechoso mientras este era contagioso.
- Debe confeccionarse una lista detallada de todos los contactos con sus nombres y direcciones. Se debe averiguar las vacunas que han recibido, si han presentado síntomas o signos clínicos sugestivos de sarampión o rubéola, y si han viajado últimamente.
- Los contactos que aún no han recibido dos dosis de la vacuna deben considerarse como susceptibles y ser vacunados inmediatamente.
- Los contactos cercanos deben permanecer en sus viviendas (cuarentena domiciliaria), no deben asistir a la escuela, al trabajo o a otros centros muy concurridos, como iglesias, clubes o guarderías.
- Si han transcurrido menos de cinco días desde el inicio del exantema en el paciente sospechoso de sarampión, todos los contactos deben recibir instrucciones con respecto a la permanencia en sus hogares, estén vacunados o no. Se les debe informar sobre los síntomas prodrómicos, y deben recibir instrucciones para que permanezcan en casa si aparecieran tales síntomas durante el período de monitoreo de cuatro semanas y entren en contacto con las autoridades sanitarias.

- **Vacunación contra Sarampión:**

El equipo técnico de inmunizaciones debe evaluar las coberturas de vacunación de SPR a nivel distrital y establecimiento de salud para identificar brechas prioritarias e implementar estrategias para reducirlas.





PERÚ

Ministerio
de Salud

Centro Nacional de
Epidemiología, Promoción y
Control de Infecciones

"Decreto de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Diálogo y Reconciliación Nacional"

Vacunación preventiva:

- Intensificar las actividades rutinarias de vacunación en menores de 5 años para lograr y mantener coberturas homogéneas del 95% con la primera y segunda dosis de la vacuna contra el sarampión, la rubéola y las paperas, en todos los distritos del país.
 - Cierre de brechas para culminar barrido de vacunación 2016.
 - Garantizar las dos dosis de la vacuna contra SPR en el niño menor de 2 años (1ra dosis: 12 meses y 2da dosis: 18 meses).
 - El personal de salud deberá comprobar antecedentes de vacunación como una obligatoriedad, en todo niño menor de 05 años
 - Vacunar y/o completar con la vacuna contra SPR a los niños menores de 5 años que por alguna razón no fueron vacunados.
 - En caso de demanda de vacunación establecer un puesto de vacunación de atención rápida.
 - Mantener el stock de vacunas al día en cada establecimiento de salud.
 - Intensificar actividades regulares de educación en las salas de espera, hospitalización y en salas de urgencia.
- Debe vacunarse contra el sarampión a poblaciones en mayor riesgo de contagiarse:
 - Personal de salud (asistencial y de salud pública),
 - Personas que trabajan en transporte especialmente en la ruta desde la frontera norte hacia la capital, personal de hoteles, aeropuertos,
 - Niños de 1 a 4 años zonas de frontera,
 - Trabajadores del sector turismo, migraciones, aduana, comerciantes formales e informales,
 - Personal de educación que tiene contactos con niños, cuidadores de niños y adultos mayores en guarderías y asilos,
 - Trabajadoras sexuales
 - Viajeros internacionales que salen del país hacia lugares donde hay transmisión de sarampión (Europa, Asia).
 - Las DIRESAS/GERESAS en cuya jurisdicción tienen comunidades indígenas, deben considerarlas como poblaciones en elevado riesgo para sarampión y deben ser vacunadas con prioridad de los niños de 1 a 4 años.



• Vacunación frente a la ocurrencia de casos:

- Se vacunará con la vacuna triple viral (SPR) o doble viral (SR) disponible, en las siguientes circunstancias:
 - Ante la presencia de Caso Sospechoso: El establecimiento de salud responsable del ámbito donde reside el caso, dará el inicio del bloqueo dentro de las 72 horas y comprende la vacunación de los niños entre 1 a 4 años, que no tienen el esquema de vacunación completo.
 - El ámbito de vacunación en zona urbana comprenderá un total de 121 manzanas distribuidas alrededor de la manzana donde se encuentra la vivienda del caso (hasta 5 manzanas a la redonda), y en zona rural comprenderá a todas las viviendas de la comunidad.
 - Ante la presencia de Caso Confirmado: Se procederá a vacunar, a TODOS los contactos identificados dentro de las primeras 72 horas. El nivel nacional, determinará los rangos de edades



PERÚ

Ministerio de Salud

Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Diálogo y Reconciliación Nacional"

a vacunarse y establecerá los lineamientos correspondientes en función del análisis epidemiológico.

- Ante caso confirmado con Casos Secundarios: Esta vacunación deberá realizarse también dentro de las primeras 72 horas de confirmación del caso secundario y el nivel nacional.
- Convocar al equipo técnico de inmunizaciones para evaluar las coberturas de vacunación de SPR (2) y tasas de notificación e investigación de casos de sarampión/rubéola a nivel distrital y establecimiento de salud para identificar brechas prioritarias e implementar estrategias para reducirlas.

Procedimientos para la obtención de muestras para el diagnóstico de sarampión o rubéola

Cada GERESA/DIRESA debe contar con la disponibilidad de insumos para la obtención de muestras de suero, hisopado nasofaríngeo y medios de transporte viral, así como el traslado oportuno de las muestras al laboratorio referencial del INS, dentro de 5 días de captado el caso.

- Se obtendrá una muestra de sangre e hisopados nasal y faríngeo, al primer contacto con el paciente sospechoso de sarampión o rubéola.

Suero sanguíneo: Para detección de anticuerpos anti-sarampión o anti-rubéola

- Extraer 5 ml de sangre venosa en tubo sin anticoagulante.
- Centrifugar a 2500 rpm x 10 min (si no hay centrifuga dejar el tubo en reposo por 2 horas para que se separe el coágulo del suero).
- Trasvasar el suero a un criovial estéril. Rotular el criovial con apellidos y nombres, edad, fecha de obtención de muestra y procedencia
- Conservar a temperatura +2 a +8°C y trasladar inmediatamente al INS; hasta que el laboratorio regional realice el diagnóstico serológico.
- Se debe obtener y enviar una segunda muestra de suero en los siguientes casos:
 - Cuando la muestra de sangre ha sido obtenida antes de los tres días del inicio de la erupción.
 - Cuando se obtuvo resultados VALOR LIMITE O INDETERMINADO, debiendo realizarse a los 15 días de inicio de la erupción para evaluar seroconversión.

Hisopado nasal y faríngeo: Para diagnóstico molecular

- Obtener muestras de hisopado nasal y faríngeo hasta los primeros 5 días de iniciada la erupción.
- Para la obtención de la muestra se deberá usar el kit para toma de muestra (02 hisopos de dacrón estéril y medio de transporte viral MTV), conservado a temperatura +2 a +8°C
- Luego de humedecer uno de los hisopos en el MTV, se obtendrá la muestra de una de las fosas nasales realizando movimientos rotatorios.
- Con el segundo hisopo y utilizando un baja lengua, se obtendrá la muestra de la parte posterior de la faringe.
- Colocar ambos hisopos en el MTV¹ y romper el excedente del mango de los hisopos para permitir el cierre hermético del tubo.
- Rotular el tubo con apellidos y nombres, edad, fecha de obtención de muestra y procedencia
- Conservar a temperatura +2 a +8°C

¹ Los MTV requeridos son los mismos que se utilizan en la Vigilancia de Virus Respiratorios.





- Enviar la muestra inmediatamente al Instituto Nacional de Salud (INS) manteniendo la cadena de frío de +2 a +8°C.

Acciones de promoción de la salud:

- Identificar los espacios o instancias multisectoriales o quien haga sus veces (Consejo Regional de Salud, Mesas de concertación de lucha contra la pobreza, Mesas multisectorial de Salud, Redes de instituciones educativas, Programas sociales entre otros) a nivel regional y local para que la DIRESA en coordinación con el gobierno regional de a conocer la información básica y oportuna para fomentar el cumplimiento del esquema de vacunación y la vacunación en grupos de riesgo.
- Identificar los espacios o instancias comunales (juntas vecinales, organizaciones sociales de base entre otros) o quien haga sus veces para el fortalecimiento de la difusión acerca de los mensajes claves relacionados a la enfermedad y la importancia de detectar oportunamente los casos sospechosos.
- Establecer contacto y coordinación con grupos de inmigrantes organizados en la jurisdicción de la GERESA/DIRESA, dada la posibilidad de que un nuevo inmigrante en periodo de incubación podría llegar y tener contacto con ellos, si alguna persona desarrollara un cuadro de sospecha de sarampión, debe ser llevado a un establecimiento de salud para ser evaluado y tomar las medidas pertinentes de control epidemiológico.
- Implementar un plan comunicacional dirigido a la población general, puntos de entrada (aeropuertos, puertos y pasos fronterizos) con mensajes claves de identificación de signos y síntomas, teléfono de contacto con sistema 24/7 y listado de establecimientos de salud disponibles para la atención.
- Fortalecer el trabajo con los Agentes Comunitarios de Salud, con énfasis en los siguientes temas: importancia de la vacunación de acuerdo al esquema de vacunación regular, comportamiento saludable, conocimiento básico sobre la sintomatología de un caso sospechoso y su reporte oportuno al establecimiento de salud más cercano.
- Continuar con la capacitación al personal de salud para garantizar la pronta identificación, notificación e investigación de todo caso de enfermedad febril eruptiva.
- Las actividades diarias y semanales continuarán hasta el alta epidemiológica (contados a partir de la presentación del último caso confirmado hasta tres periodos de incubación).



Los directores de los hospitales/institutos del MINSA, EsSalud, Fuerzas Armadas y Policiales, sector privado, GERESA/DISA/DIRESA/DIRIS y establecimientos de salud, así como laboratorios de diagnóstico, deberán difundir y velar por el cumplimiento de la presente alerta.

Lima, 02 de agosto de 2018



Anexo 1

Definiciones:

Enfermedad febril eruptiva: grupo de infecciones, Incluye el sarampión, rubeola y otras, caracterizadas por fiebre y erupción de la

Erupción máculo - papular. Erupción cutánea aguda y extensa caracterizada por la presencia de máculas o pápulas y que son usualmente manifestación de una enfermedad sistémica.

Nexo epidemiológico: Es la relación que existe de una persona con un caso confirmado por laboratorio de una enfermedad febril eruptiva. Se confirma mediante investigación epidemiológica y sirve para confirmar un caso sospechoso.

Caso sospechoso de Sarampión/Rubéola (SR): Toda persona de cualquier edad, de quién un trabajador de salud sospecha que tiene sarampión o rubéola, o todo caso que presente fiebre y erupción máculo papular generalizada, No vesicular.

Caso confirmado: Un caso sospechoso de sarampión o rubéola que se confirma por cualquiera de las siguientes situaciones:

a) Por criterio clínico, epidemiológico y de laboratorio: Debe cumplir los tres criterios:

Criterio Clínico	Fase pre-eruptiva: - Fiebre alta - Tos - Conjuntivitis Fase eruptiva: - Exantema maculo papular no vesicular de progresión céfalo-caudal en 3 a 4 días. Fase descamativa: - Descamación fina - Duración 3 a 4 días
Criterio Epidemiológico	- Procedencia de zona endémica o donde se está desarrollando un brote o epidemia. - Ser contacto de un caso confirmado
Criterio de Laboratorio	- Demostración de anticuerpos IgM para sarampión - Aumento en 4 veces el título de IgG para sarampión en la segunda muestra, obtenida 2 semanas después de la primera muestra.

b) Por aislamiento viral: del virus sarampión o rubéola en muestras de hisopado nasal y faríngeo.

c) Por nexo epidemiológico a otro caso confirmado.

d) Por clínica: Es un caso sospechoso que no se ha investigado adecuadamente, por cualquiera de las siguientes razones:

- El paciente murió antes de que se concluyera la investigación,
- El paciente no pudo ser localizado,





PERÚ

Ministerio de Salud

Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Diálogo y Reconciliación Nacional"

- El paciente se perdió durante el seguimiento.

Esta situación no debe presentarse ya que se considera como falla del sistema de vigilancia.

Caso descartado: es un caso sospechoso que ha sido objeto de una investigación completa y que no cumple con los criterios clínico, epidemiológico, de laboratorio; el aislamiento viral es negativo y no tiene nexos epidemiológicos.

Caso importado: Un caso importado de sarampión o rubéola es el caso en quien se ha confirmado la infección y que la investigación epidemiológica y las pruebas virológicas demuestran que estuvo expuesto fuera del continente americano o del país durante los 7 a 21 días anteriores al inicio del exantema, para el caso de la sarampión, y de 12 a 23 días, para el caso de rubéola. Los resultados de la secuenciación molecular del virus aislado en estos casos deben ser compatibles con los que circulan en el país de procedencia donde probablemente ocurrió la infección.

Caso relacionado con importación: Es un caso confirmado que según la investigación epidemiológica y las pruebas virológicas estuvo expuesto localmente al virus, formando parte de la cadena de transmisión iniciada por un caso importado.

Caso confirmado con fuente de infección desconocido: Es un caso confirmado en el que no se pudo detectar la fuente de infección.

Caso confirmado asociado a la vacuna: Es cuando cumple con los cinco criterios que se indican a continuación:

- El exantema apareció 7 a 14 días después de la vacunación SPR o SR.
- El paciente tuvo enfermedad exantemática con o sin fiebre pero no presentó tos u otros síntomas respiratorios que acompañen al exantema.
- La investigación epidemiológica exhaustiva no logró detectar un caso primario ni casos secundarios.

La muestra de sangre, que contenía anticuerpos IgM específicos, se obtuvo entre los 8 y 56 días después de la vacunación.

El resultado de aislamiento viral confirma que es un virus vacunal no salvaje.

Caso primario: Individuo que introduce la enfermedad en el grupo bajo estudio. No necesariamente es el primer caso diagnosticado en el grupo.

Caso índice: Es el primer caso sospechoso de sarampión, rubéola u otra enfermedad febril eruptiva en un grupo poblacional definido que se somete a la atención del investigador.

Brote de sarampión: En ausencia de casos autóctonos luego de haber logrado la eliminación de la transmisión del sarampión salvaje en el Perú, la existencia de un solo caso de sarampión confirmado por laboratorio se considera como un brote confirmado de sarampión.

Epidemias de sarampión: Antes de que la vacuna se introdujera en 1963 y se generalizara su uso, cada 2 a 3 años se registraban importantes epidemias de sarampión en todo el mundo, las que llegaban a causar cerca de dos millones de muertes al año. En el Perú la última epidemia ocurrió en 1992 la cual se extendió a todos los departamentos del país notificándose a la OGE/MINSA 22,605 casos y 347 fallecidos.



EQUIPO DE LA OFICINA DE EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD AMBIENTAL (OESA)

Médico Jefe

MC. José Luis Bolarte Espinoza

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

MC. José Luis Bolarte Espinoza

Equipo de Trabajo de Vigilancia Epidemiológica

MC. Jaime Alvarezcano Berroa
Dr. Marco Antonio Sánchez Ramírez
MC. Cristhian Resurrección Delgado
Lic. Carmen Lam Villoslada
Lic. Rosario Mucha Huatuco
Lic. Mónica Barrientos Pacherras
Lic. Joel Cadillo Rivera

Equipo de Trabajo Salud Ambiental

Sr. Alfonso Rodríguez Ramírez
Ing. Eduardo Yactayo Infantes
Sr. Jaime Aparcana Moncada
Sr. Jaime Arce Veintemilla
Sr. Raúl Quispe Bocangel

Edición, Compilación y Codificación

MC. Irma Torralva Bautista
Residente de Gestión en Salud

Equipo de Informática

Sra. Andrea Ydoña Cuba
Ing. Estadística Marianela Narro Dueñas

Lima - Agosto 2018