

**EDITORIAL****CONTENIDO****EDITORIAL** *pág. 1***1. VIGILANCIA
EPIDEMIOLÓGICA DE
LAS INFECCIONES
INTRAHOSPITALARIAS**
*pág. 2-6***2. DAÑOS DE
NOTIFICACIÓN
OBLIGATORIA**
*pág. 6-8***3. VIGILANCIA
EPIDEMIOLÓGICA DE
ACCIDENTES
OCUPACIONALES**
*pág. 9-10***4. VIGILANCIA
EPIDEMIOLÓGICA DE
MORTALIDAD
NEONATAL Y FETAL**
*pág. 11-12***5. EVALUACIÓN POR
DEPARTAMENTOS DEL
MANEJO DE RESIDUOS
SÓLIDOS
HOSPITALARIOS**
*pág. 13***6. TUBERCULOSIS
PULMONAR EN
PERSONAL DE SALUD
PRIMER TRIMESTRE –
2016**
*Pág 13***ACTUALIDAD EN
EPIDEMIOLOGÍA**
*pág. 14-15***HISTORIA DE LA FIEBRE AMARILLA**

La fiebre amarilla es una enfermedad febril aguda de corta duración, transmitida al ser humano por picadura de mosquitos del género *Aedes aegypti*, involucrado en la transmisión de la fiebre amarilla urbana (FAU) y los géneros *Haemagogus spp.* y *Sabethes spp.* Involucrados en la transmisión de la fiebre amarilla selvática (FAS)(1). Es producida por un virus ARN del grupo de los Arbovirus, familia Flaviviridae, género Flavivirus, con un solo serotipo (2,3). Está distribuida en las regiones tropicales de América Latina y del África (2). La descripción más antigua de fiebre amarilla data de 1494, cuando una epidemia azotó a la isla llamada La Española (Santo Domingo) primero a los colonos españoles y luego se propagó hasta la población indígena, presentándose casos hasta el año 1496 (4). En 1519 se le conoció a la fiebre amarilla como «enfermedad de la modorra» o «modorra pestilente» (5).

En 1750, Hughes denomina a esta enfermedad como «fiebre amarilla». Por más de dos siglos, América tropical y subtropical fueron objeto de epidemias devastadoras, las más dramáticas ocurrieron en ciudades norteamericanas como Boston, Philadelphia, New York y Baltimore; pero también ocurrieron epidemias en ciudades de países europeos como España, Francia, Inglaterra e Italia (6).

En 1635 se describió por primera vez la enfermedad en las Américas, en 1684 tuvo lugar la primera epidemia centroamericana en el valle de Yucatán. Durante 250 años, después del descubrimiento de América, la fiebre amarilla produjo estragos y mortalidad en los colonos de América. En 1881 Carlos Finlay señala que la fiebre amarilla es causada por la picadura de un mosquito transmisor, en 1901 se inicia los trabajos de saneamiento y lucha contra el *Aedes aegypti* en Cuba, logrando su erradicación en seis meses. Los últimos casos de FAU se registraron en Brasil en 1942 a 1948. Por lo tanto históricamente los primeros brotes de fiebre amarilla corresponden al tipo urbano, siendo en 1932 que se confirmó por primera vez la presencia en Brasil de FAS. (7).

En 1730 apareció por primera vez la fiebre amarilla en la costa del Perú, posteriormente comenzaron a aparecer los casos en forma de epidemias más o menos cíclicas (8).

La última epidemia de FAU en el Perú se inició en 1919 en Paita, Piura, reportando casos hasta 1921. Según reportes el primer brote reconocido de FAS habría ocurrido en 1925 en la provincia de Chanchamayo. Entre 1937 a 1942 se notificaron casos de FAS en los valles de los ríos Perené, Huallaga y Ucayali. En 1941 se emitió una Resolución Ministerial, en la cual se ordenó la vacunación obligatoria para las personas que ingresen a zonas endemo-epidémicas, e incluso dispuso multas para los que se resistían a ser vacunados. La erradicación del *Aedes aegypti* en el Perú fue confirmada en 1956 y certificada por la OMS en 1958. Sin embargo, en 1984, después de 28 años, se reportó su reinfestación (9).

La FAS está considerada como un problema de salud pública en el Perú, que afecta a las áreas endémicas denominadas cuencas ubicadas entre los 400 a 2000 metros sobre el nivel del mar, abarcando a la región Selva Alta o Rupa –Rupa (10,11). Se señalan como los principales reservorios a diferentes especies de primates no humanos: *Alouatta sp* (mono aullador o coto mono), *Aotus sp.* (mono nocturno), *Saimiri sp* (mono ardilla) y *Ateles sp.* (mono araña). Los casos están relacionados con la migración temporal de la población, que ingresa a zona endémica sin vacunación previa y sin conocimiento de las características de la enfermedad ni del nicho ecológico. Por ello, la principal estrategia de prevención y control se basa en la inmunización, instaurada de forma obligatoria (6).

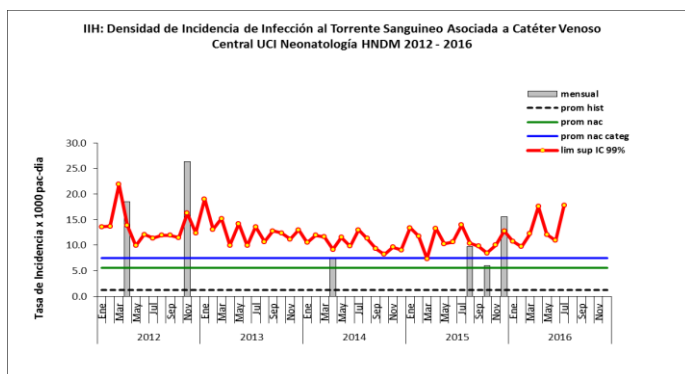
1. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS.

Las infecciones intrahospitalarias (IIH) constituyen una constituyen un problema de salud pública importante debido a la frecuencia con que se producen, la morbilidad y mortalidad que provocan, y la carga que imponen a los pacientes, al personal sanitario y a los sistemas de salud.

Para efectos de este boletín, se han considerado la información entregada por cada servicio que representa la vigilancia epidemiológica hasta el mes de julio del 2016.

En relación a las Infecciones de Torrente Sanguíneo asociada a CVC en el servicio de UCI de neonatología, no se han reportado casos durante el mes de julio del año 2016. Estuvieron sometidos a vigilancia epidemiológica 04 pacientes con 31 días de exposición. El fortalecimiento de las medidas de bioseguridad son las acciones de mayor impacto, las cuales deben continuar para mantener la reducción de éste tipo de infecciones. *Gráfico Nº 1-1.*

Gráfico Nº 1-1: Densidad de Incidencia de Infección al Torrente Sanguíneo Asociada a Catéter Venoso Central. UCI Neonatología. Julio 2016



Fuente: Base de datos de VIIH- HNDM

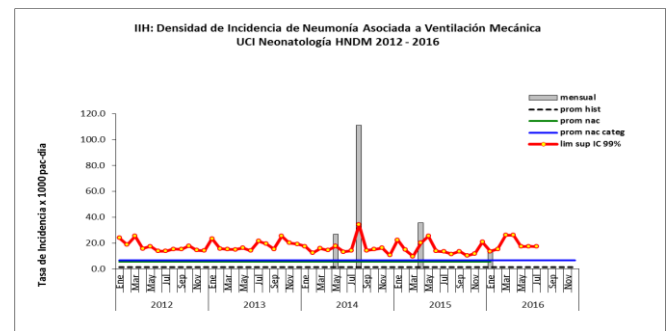
Esta tendencia se ha mantenido fundamentalmente por el mejor cumplimiento de las normas de bioseguridad durante la inserción y mantenimiento del catéter venoso central en este servicio. En relación a las Infecciones de Torrente Sanguíneo Asociada a Catéter Venoso Periférico, en el mes de julio del año 2016 no se presentaron casos en neonatos. Se sometieron a vigilancia epidemiológica 36 pacientes con 115 días de exposición.

En la Unidad de Cuidados Intensivos de Neonatología se vigilan 03 neonatos durante 39 días de estancia, no presentándose casos de Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica durante el mes de julio del 2016. *Gráfico Nº 1-2.*

La neumonía asociada a ventilación mecánica es una complicación frecuente de la intubación y la consiguiente ventilación mecánica, esta enfermedad supone una pesada carga para el paciente y su familia, por esto es importante la prevención y un buen sistema de vigilancia de infecciones

intrahospitalarias en el servicio por sí sola es una actividad que contribuye a la prevención.

Gráfico Nº 1-2: Densidad de Incidencia de Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica. UCI Neonatología. HNDM. Julio 2016

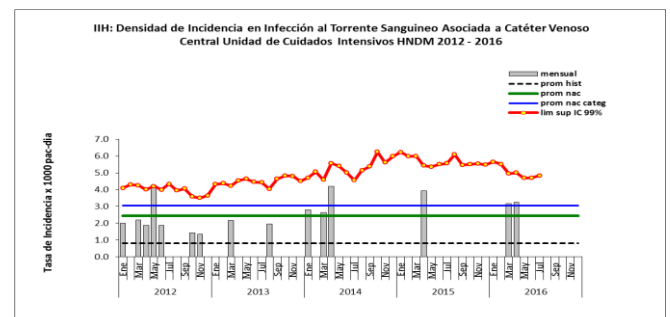


Fuente: Base de datos de VIIH- HNDM

En relación a la Infección del Torrente Sanguíneo asociado a Catéter Venoso Central en la Unidad de Cuidados Intensivos, se mantuvieron en vigilancia 54 pacientes con 333 días de exposición y no se presentaron casos durante el mes de julio del 2016. En ésta unidad se incide en el cumplimiento de las normas de bioseguridad durante la inserción y mantenimiento del catéter venoso central.

Gráfico Nº 1-3

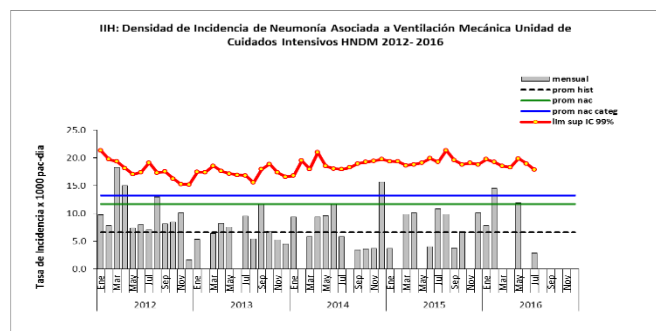
Gráfico Nº 1-3: Densidad de Incidencia de Infección al Torrente Sanguíneo Asociada a Catéter Venoso Central. UCI. HNDM. Julio 2016



Fuente: Base de datos de VIIH- HNDM

La tendencia de las Neumonías Asociadas a Ventilación Mecánica en la Unidad de Cuidados intensivos durante el año 2015 se ha mantenido por debajo del Promedio Nacional y del Promedio Nacional por Categoría. Durante el mes de Julio del 2016, se ha registrado un caso de Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica que representa una tasa de densidad de incidencia de 2.85 x 1000 días VM; es importante resaltar que se vigilan durante el mes 33 pacientes sometidos a ventilación mecánica con 351 días de exposición. *Gráfico Nº 1-4*

Gráfico N° 1-4.: Densidad de Incidencia de Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica. UCI. HNDM. Julio 2016

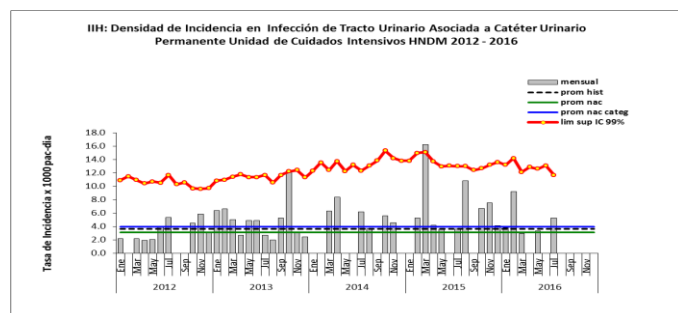


Fuente: Base de datos de VIIIH- HNDM

En la Unidad de Cuidados Intensivos durante el mes de Julio del año 2016, se han reportado dos casos de infección urinaria asociada a catéter urinario permanente, que representa una tasa de densidad de incidencia de 5.29 x 1000 días/catéter, sobrepasando el Promedio Nacional, Promedio Histórico y Promedio Nacional por Categorías. En el mes de se identificaron 48 pacientes vigilados con 378 días de exposición. **Gráfico N° 1-5**

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

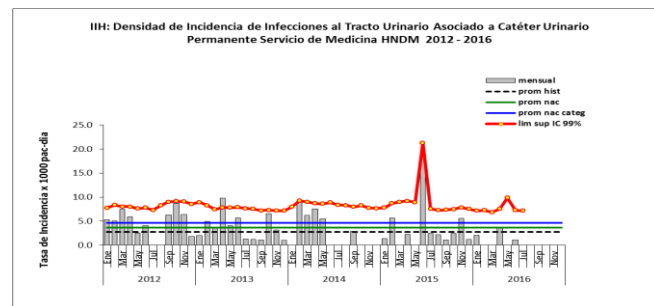
Gráfico N° 1-5.: Densidad de Incidencia de Infección de Tracto Urinario Asociado a Catéter Urinario Permanente. UCI. HNDM. Julio 2016



Fuente: Base de datos de VIIIH- HNDM

Durante el mes de julio del año 2016 en el Departamento de Medicina, no se han presentado casos de ITU asociada a CUP, se vigilaron 103 pacientes con 952 días de exposición. Se implementó la metodología Bundle, mediante la aplicación de las listas de cotejo a partir del mes de marzo del año en curso. **Gráfico N° 1-6**

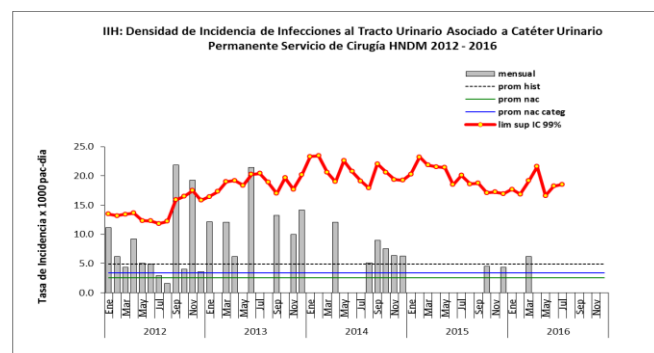
Gráfico N° 1-6.: Densidad de Incidencia de Infección de Tracto Urinario Asociado a Catéter Urinario Permanente. Medicina. HNDM. Julio 2016



Fuente: Base de datos de VIIIH- HNDM

En el Departamento de Cirugía durante el mes de julio del año 2016 no se han reportado casos de ITU asociada a CUP. Se han vigilado 42 pacientes con 177 días de exposición. De todos modos se implementará la metodología Bundle, mediante la aplicación de las listas de cotejo como medida preventiva. **Gráfico N° 1-7**

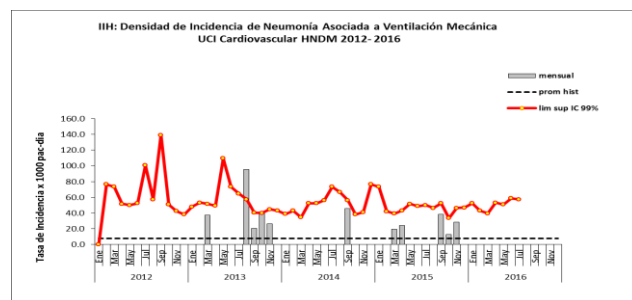
Gráfico N° 1-7.: Densidad de Incidencia de Infección de Tracto Urinario Asociado a Catéter Urinario Permanente. Cirugía. HNDM. Julio 2016



Fuente: Base de datos de VIIIH- HNDM

La tendencia de las Neumonías Asociadas a Ventilación Mecánica en UCI cardiovascular durante el año 2016 se ha mantenido dentro del Promedio Histórico del Hospital. Durante el mes de julio del 2016, no se han registrado casos de Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica; se mantuvieron 05 pacientes sometidos a V.M., con 21 días de exposición. **Gráfico N° 1-8**

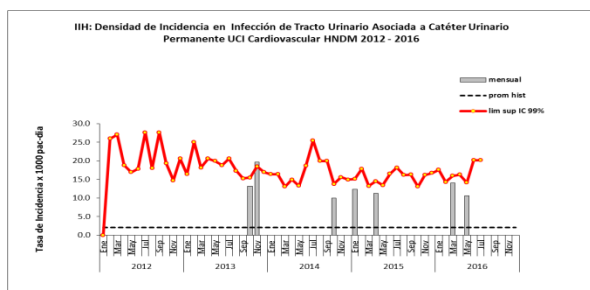
Gráfico N° 1-8.: Densidad de Incidencia de Neumonía Asociada a Ventilación UCI Cardiovascular. HNDM. Julio 2016



Fuente: Base de datos de VIIIH- HNDM

Durante el mes de julio del año 2016 en la Unidad de Cuidados Intensivos cardiovascular no se ha reportado Infección Urinaria Asociada a Catéter Urinario Permanente. En el mes se identificaron 10 pacientes vigilados con 42 días de exposición. **Gráfico N° 1-9**

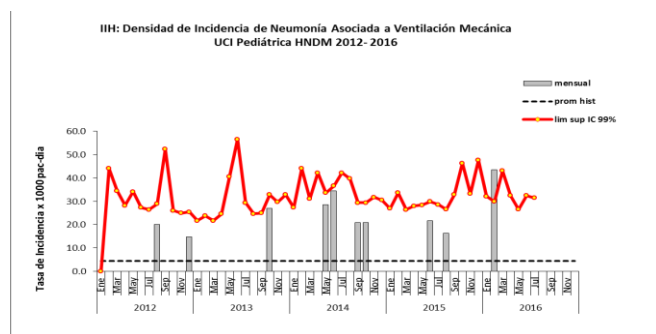
Gráfico N° 1-9.: Densidad de Incidencia de Infección de Tracto Urinario Asociado a Catéter Urinario Permanente. Medicina. HNDM. Julio 2016



Fuente: Base de datos de VIIIH- HNDM

No se han reportado casos de Neumonía Asociadas a Ventilación Mecánica en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica durante el mes de julio del año 2016. En este mes se mantuvieron 04 pacientes sometidos a V.M. con 41 días de exposición. **Gráfico N° 1-10**

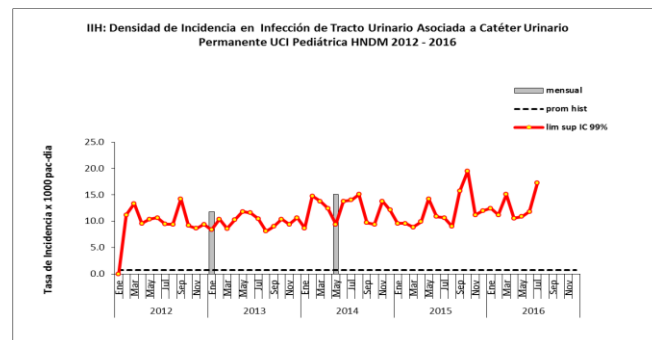
Gráfico N° 1-10.: Densidad de Incidencia de Neumonía Asociada a Ventilación UCI Pediátrica. HNDM. Julio 2016



Fuente: Base de datos de VIIIH- HNDM

En la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica desde el año 2015 hasta julio del año 2016 no se ha presentado Infección Urinaria Asociada a Catéter Urinario Permanente. En el mes de julio se identificaron 03 pacientes vigilados con 18 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° 1-11**

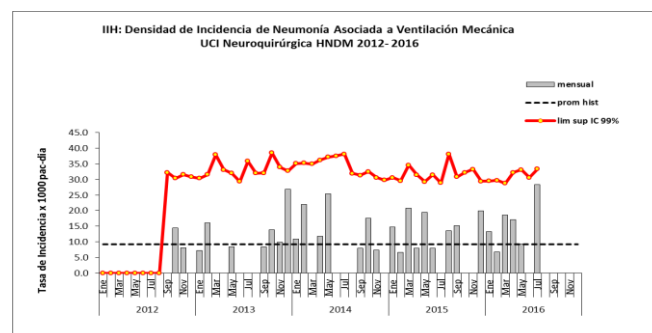
Gráfico N° 1-11.: Densidad de Incidencia de Infección de Tracto Urinario Asociado a Catéter Urinario Permanente. UCI Pediátrica. HNDM. Julio 2016



Fuente: Base de datos de VIIIH- HNDM

En UCI Neuroquirúrgica durante el mes de julio del 2016 se han registrado tres neumonías asociadas a ventilación mecánica, que representa una tasa de densidad de incidencia de 28.30 x 1000 días/V.M. sobrepasando el Promedio Histórico. En la unidad es necesario que se continúe aplicando la estrategia de prevención de NAV, mediante la metodología Bundle. Se vigilaron 14 pacientes sometidos a 106 días de exposición. **Gráfico N° 1-12**

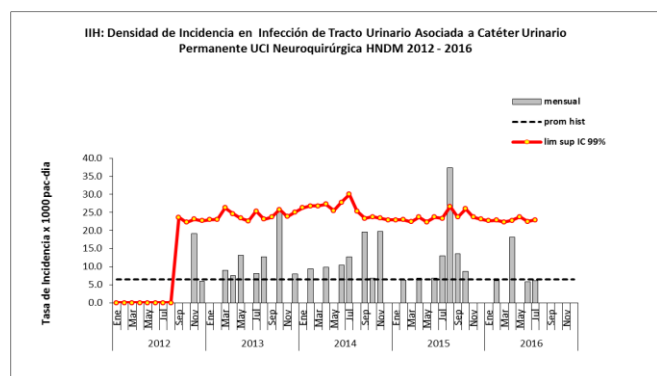
Gráfico N° 1-12.: Densidad de Incidencia de Neumonía Asociada a Ventilación. UCI Neuroquirúrgica. HNDM. Julio 2016



Fuente: Base de datos de VIIIH- HNDM

En la Unidad de Cuidados Intensivos Neuroquirúrgica durante el mes de julio del año 2016, se reportó un caso de Infección Urinaria Asociada a Catéter Urinario Permanente, que representa una tasa de densidad de incidencia de 6.17 x 1000 días/catéter. En el mes se identificaron 27 pacientes vigilados con 162 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° 1-13**

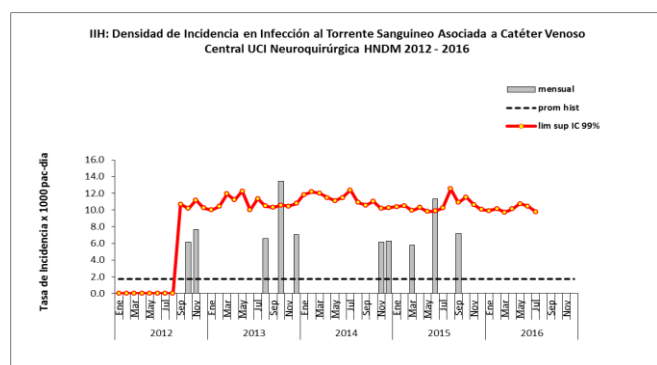
Gráfico Nº 1-13.: Densidad de Incidencia de Infección de Tracto Urinario Asociado a Catéter Urinario Permanente. UCI Neuroquirúrgica. HNNDM. Julio 2016



Fuente: Base de datos de VIIIH- HNNDM

Referente a las Infecciones de Torrente Sanguíneo en Unidad de Cuidados Intensivos Neuroquirúrgica, los casos presentados desde el año 2012 hasta el año 2015 sobrepasan el Promedio Histórico en algunos meses. Desde el mes de enero hasta julio del año 2016, no hubo casos reportados. En el mes se identificaron 26 pacientes vigilados con 180 días de exposición. **Gráfico Nº 1-14**

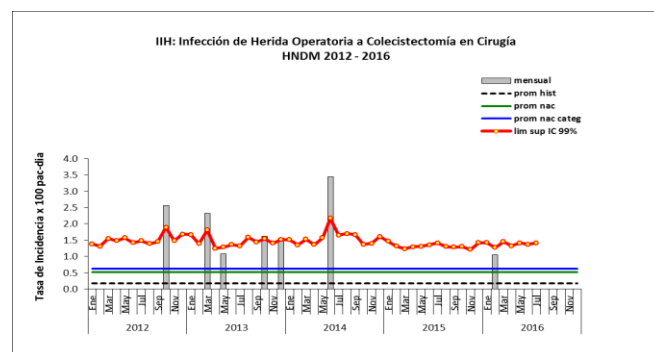
Gráfico Nº 1-14.: Densidad de Incidencia de Infección al torrente sanguíneo asociada a Catéter Venoso Central. UCI Neuroquirúrgica. HNNDM. Julio 2016



Fuente: Base de datos de VIIIH- HNNDM

La infección de herida operatoria es uno de los objetivos principales de los protocolos de prevención de las infecciones nosocomiales, teniendo en cuenta que son el origen de muchas complicaciones postoperatorias y responsables de la cuarta parte de las IIH de los pacientes que se someten a cirugía. No se han reportado casos Infección de Sitio quirúrgico asociado a Hernio plastia Inguinal desde el año 2012 hasta el mes de julio del año 2016, mes en que se vigilaron 28 pacientes sometidos a hernioplastia. Las Infecciones de Sitio Quirúrgico de Cirugías limpias está considerada como un excelente indicador de calidad por toda institución hospitalaria, por lo que constituyen una prioridad en la vigilancia de infecciones intrahospitalarias. En el presente gráfico observamos que durante el mes de julio no se reportaron casos, se vigilaron 75 pacientes sometidos a Colectectomía. **Gráfico Nº 1-15.**

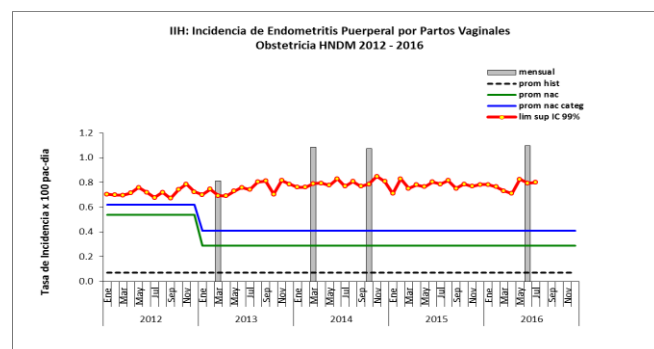
Gráfico Nº 1-15.: Incidencia de Infección de Herida Operatoria a Colectectomía. Cirugía. HNNDM. Primer semestre 2016



Fuente: Base de datos de VIIIH- HNNDM

Durante el mes de julio del año 2016 no se han presentado casos de endometritis puerperal por parto vaginal. El uso de técnica aséptica en todos los procedimientos relacionados con el seguimiento y atención del parto es uno de los factores importantes en la prevención de endometritis puerperal. El total de partos atendidos fueron 90. **Gráfico Nº 1-16.:**

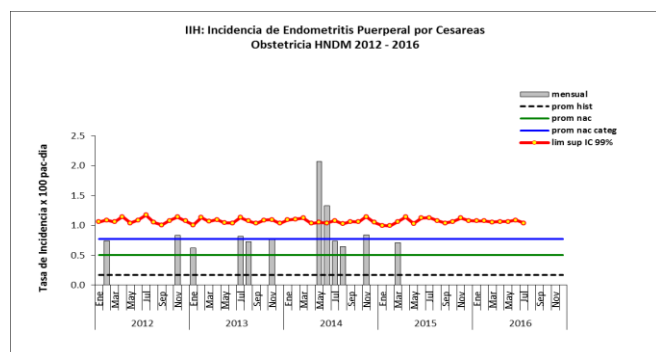
Gráfico Nº 1-16.: Incidencia de Endometritis Puerperal por Partos Vaginales. Obstetricia. HNNDM. Julio 2016.



Fuente: Base de datos de VIIIH- HNNDM

En el mes de julio del 2016 no se han reportado casos de endometritis puerperal por cesárea. La presencia de endometritis puerperal por cesárea, está relacionada al número de tactos vaginales realizados antes de la cesárea, sin embargo en ésta juegan roles importantes también los antecedentes maternos que pudieran contribuir a la presencia de endometritis. Las Cesáreas realizadas fueron 150 durante el mes de julio. **Gráfico Nº 1-17.:**

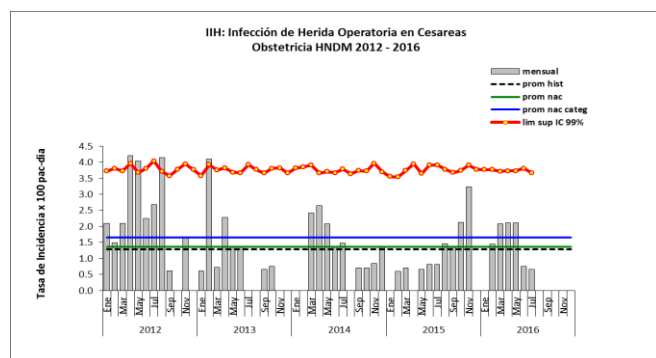
Gráfico N° 1-17.: Incidencia de Endometritis Puerperal por Cesáreas. Obstetricia. HNDM. Julio 2016.



Fuente: Base de datos de VIII- HNDM

En el gráfico N° 1-18 podemos observar que durante el mes de julio del 2016 se ha reportado un caso de Infección de Herida Operatoria en Cesárea, que representa una tasa de incidencia de 0.67 x 100 partos atendidos. Las Cesáreas realizadas fueron 150 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.: Incidencia de Infección de Herida Operatoria en Cesáreas. Obstetricia. HNDM. Julio 2016.



Fuente: Base de datos de VIII- HNDM

2. DAÑOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA.

En julio, se presentaron un total de 13 casos de notificación obligatoria, de los cuales 04 fueron confirmados, 06 casos descartados y 03 casos probables, siendo el porcentaje de confirmación de 31%. Así mismo cabe mencionar que del total de casos confirmados notificados, los casos de Hepatitis B (02) y Sífilis congénita (01) suman 75%. *Tabla N°2-1.*

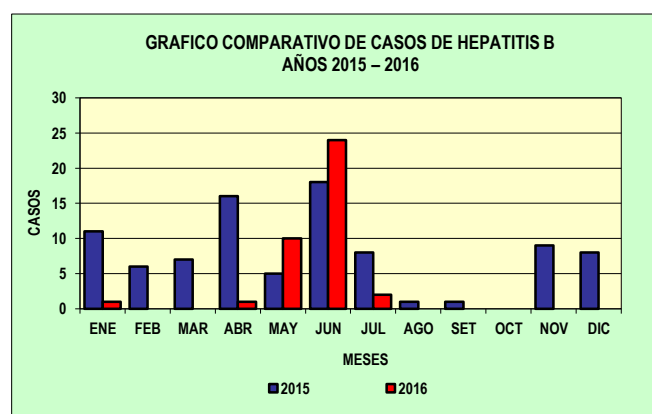
Tabla N°2-1. Casos de notificación obligatoria según tipo de diagnóstico. Julio 2016

DAÑO	TIPO DE DIAGNÓSTICO							
	CONFIRMADO		DESCARTADO		PROBABLE		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Influenza	0	0%	0	0%	3	100%	3	23%
Leptospirosis	0	0%	2	33%	0	0%	2	15%
Hepatitis B	2	50%	0	0%	0	0%	2	15%
Sífilis congénita	1	25%	0	0%	0	0%	1	8%
Fiebre amarilla selvática	0	0%	1	17%	0	0%	1	8%
Tos ferina	0	0%	1	17%	0	0%	1	8%
Síndrome de Guillain-Barre	1	25%	0	0%	0	0%	1	8%
Dengue Sin Señales De Alarma	0	0%	1	17%	0	0%	1	8%
Bartonelosis aguda	0	0%	1	17%	0	0%	1	8%
Total general	4	100%	6	100%	3	100%	13	100%

Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

La Gráfico N°2-1 muestra la frecuencia de los casos de Hepatitis B en el 2015 y 2016. Podemos observar que en julio del 2016 se están reportando menos casos de Hepatitis B que los reportados durante el mes anterior.

Gráfico N°2-1. Comparativo de casos de Hepatitis B. 2015-2016



Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

De los casos de Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) reportados en nuestra institución, en el mes de julio, la mayor cantidad se dio en el grupo de 5 años a + (62 casos). *Tabla N°2-2.* En comparación con el año pasado ha

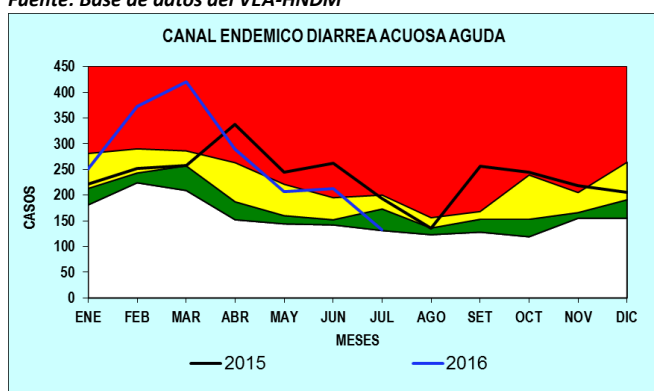
disminuido la casuística, ubicándonos fuera de la zona de epidemia. Gráfico N°2-2.

Tabla N°2-2. Comparativo total de casos EDAS por grupo etario. 2015-2016
Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

Mes	< 1 año		1-4 años		5 años a +	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016
Enero	36	19	89	83	97	148
Febrero	62	57	99	116	91	199
Marzo	43	73	88	129	126	218
Abril	69	51	110	106	158	133
Mayo	55	42	70	85	120	80
Junio	48	34	94	95	120	84
Julio	41	20	75	50	77	62

Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

Gráfico N°2-2. Canal endémico Diarrea Acuosa Aguda. 2015-2016
Fuente: Base de datos del VEA-HNDM



Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

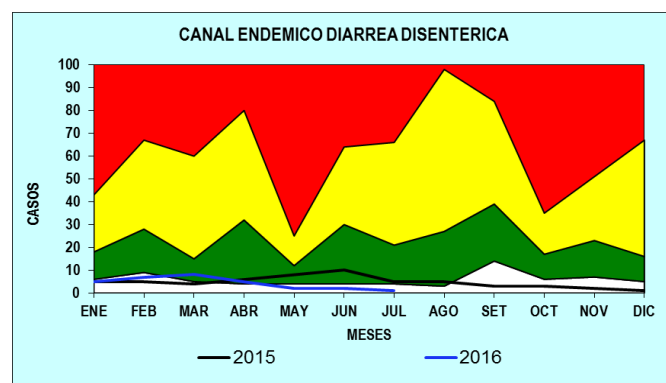
Respecto a la Enfermedad Diarreica Aguda Disentérica en el mes de julio 2016 se notificó 01 caso en el grupo de 5 años a más, proveniente de Lima, cifra similar a la del mes de Junio e inferior al número de casos registrados en julio 2015, ubicándonos en la zona de éxito. **Tabla N°2-3 y Gráfico N° 2-3.**

Tabla N°2-3. Comparativo total casos Diarreas Disentéricas por grupo etario. 2015-2016

Mes	< 1 año		1-4 años		5 años a +	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016
Enero	1	2	2	2	2	1
Febrero	1	-	4	2	-	5
Marzo	-	1	3	5	1	2
Abril	-	1	4	3	2	1
Mayo	-	-	-	2	-	-
Junio	5	1	3	-	2	1
Julio	1	-	1	-	3	1

Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

Gráfico N° 2-3. Canal endémico Diarrea Disentérica. 2015-2016



Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

Respecto a las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), durante el mes de julio 2016 se notificaron 377 atenciones; más casos que los notificados el mismo mes del año pasado (372) e inferior al mes de junio 2016 (478). **Tabla N°2-4.**

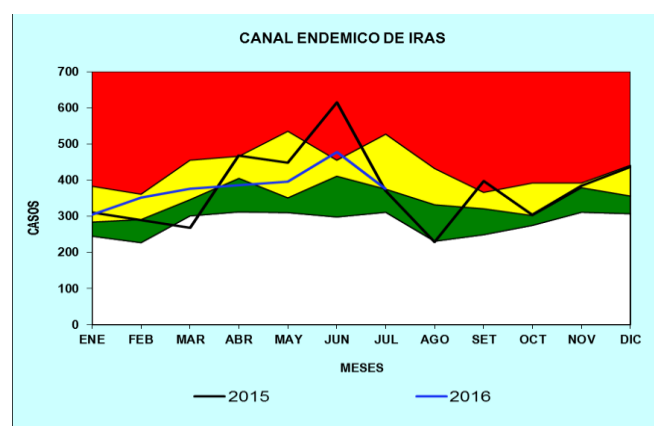
Tabla N°2-4. Comparativo total casos IRAS por grupo etario. 2015-2016

Mes	< 2 meses		2-11 meses		1-4 años	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016
Enero	16	6	114	115	181	183
Febrero	6	7	118	95	165	250
Marzo	9	13	97	106	163	258
Abril	9	11	162	104	297	271
Mayo	13	12	151	121	284	263
Junio	27	17	207	177	381	284
Julio	16	19	153	136	203	222

Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

El canal endémico (**Gráfico N°2-4**) muestra una disminución de casos durante el mes de julio 2016 que nos ubica entre la zona de alerta y la zona de seguridad. **Gráfico N°2-4.**

Gráfico N°2-4. Canal endémico de IRAS. 2015-2016



Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

En julio del 2016 se reportaron 87 atenciones por SOB/Asma, representando el mayor número de casos en el

grupo etario de menores de 2 años (58%). Los casos fueron menores a los del mes de junio del 2016 (140). **Tabla N°2-5.**

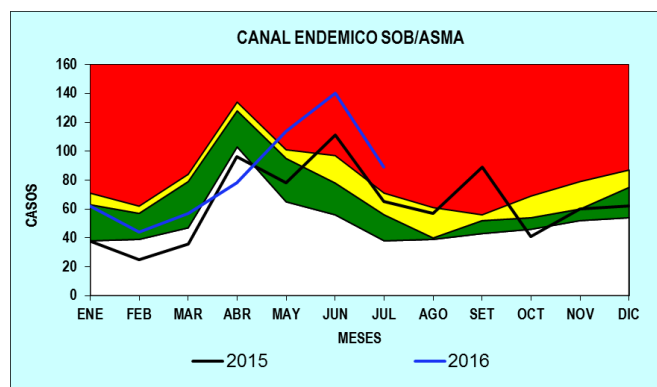
Tabla N°2-5. Comparativo total casos SOB/Asma por grupo etario. 2015-2016

Mes	< 2 años		2-4 años	
	2015	2016	2015	2016
Enero	21	29	17	33
Febrero	15	24	10	20
Marzo	21	24	15	33
Abril	58	42	38	36
Mayo	50	80	28	34
Junio	80	80	31	60
Julio	45	52	20	37

Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

En el **Gráfico N°2-5** muestra el canal endémico en donde se observa una disminución del número de casos de SOB/Asma que fueron reportados en el mes de julio 2016, permaneciendo aún dentro de la zona de epidemia al igual que el mes pasado.

Gráfico N°2-5. Canal endémico SOB/Asma. 2015-2016



Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

Respecto a los pacientes hospitalizados por neumonía, el grupo etario que presentó más casos en julio 2016 fue el de 20-59 años (9) seguido del grupo de pacientes que tiene más de 60 años (**Tabla N°2-6**).

Tabla N°2-6. Comparativo total casos hospitalizados neumonías por grupo etario. 2015-2016

Mes	< 2 meses		2-11 meses		1-4 años		5-9 años		10-19 años		20-59 años		60 años a más	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016
	Enero	-	-	8	6	6	12	2	4	1	-	2	1	4
Febrero	-	1	3	3	11	8	-	1	-	-	5	2	8	4
Marzo	-	2	6	5	14	9	4	2	-	1	2	6	8	5
Abril	1	1	8	5	11	11	1	4	1	4	-	1	8	1
Mayo	3	1	11	7	5	20	3	3	1	1	2	5	8	8
Junio	7	2	9	7	11	10	3	3	2	2	7	1	12	9
Julio	3	2	9	5	5	7	1	2	-	-	6	9	8	8

Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

En relación a Neumonías Graves en menores de 4 años, se evidencia que en julio 2016 se reportaron 14 pacientes por este diagnóstico, representando el mayor número de casos en el grupo etario de 1-4 años (50%). Dicha cifra es menor a la reportada en Junio del 2016 (27). **Tabla N°2-7**

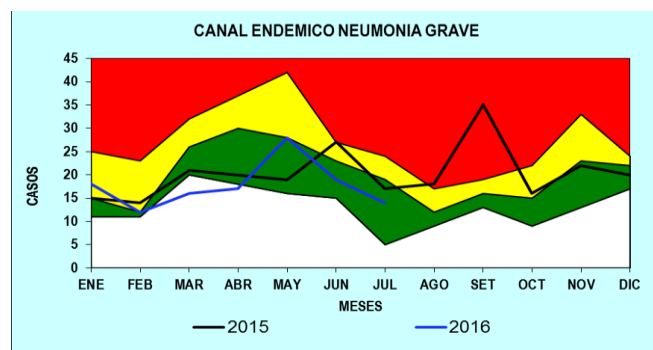
Tabla N°2-7. Comparativo total casos neumonías graves por grupo etario. 2015-2016

Mes	< 2 meses		2-11 meses		1-4 años	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016
Enero	-	-	9	6	6	12
Febrero	-	1	3	3	11	8
Marzo	-	2	7	5	14	9
Abril	1	1	8	5	11	11
Mayo	3	1	11	7	5	20
Junio	7	2	9	7	11	10
Julio	3	2	9	5	5	7

Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

El canal endémico muestra que los casos de neumonía grave reportados en julio 2016 son menores a los del año pasado en el mismo mes, ubicándose en la zona de seguridad. **Gráfico N° 2-6**

Gráfico N° 2-6. Canal endémico neumonía grave. 2015-2016



Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

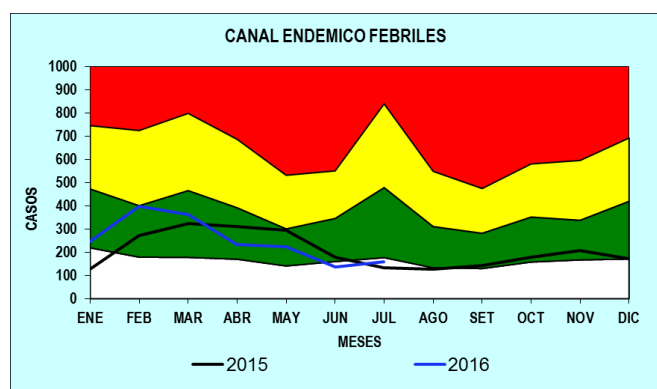
Durante el mes de julio 2016, se reportó 160 casos febriles, observándose que la cifra está sobre los casos reportados en julio 2015 (134) y al mes de junio 2016 (135). En el canal endémico se observa la tendencia y nos ubica dentro de la zona de éxito. **Tabla N°2-8 y Gráfico N°2-7.**

Tabla N°2-8. Comparativo total casos Febriles por grupo etario. 2015-2016

Mes	< 1 año		1-4 años		5-9 años		10-19 años		20-59 años		60 años a +	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016
Enero	25	45	62	101	20	49	8	26	11	17	-	8
Febrero	85	71	109	192	48	68	12	35	12	28	6	3
Marzo	63	74	144	164	54	70	31	31	26	17	6	7
Abril	65	44	142	104	47	49	25	22	23	12	9	2
Mayo	63	41	155	109	49	37	13	18	13	17	2	3
Junio	40	25	84	76	27	22	17	6	11	5	-	1
Julio	28	23	53	84	17	28	15	11	15	10	6	4

Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

Gráfico N°2-7. Canal endémico Febriles. 2015-2016

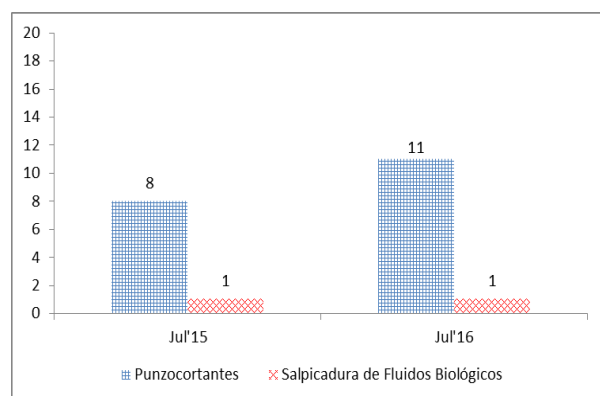


Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

3. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE ACCIDENTES OCUPACIONALES.

En Julio del 2016, se notificaron 12 casos de Accidentes Laborales por exposición a Fluidos biológicos y/o Objetos punzocortantes, de los cuales 11 casos fueron ocasionados por exposición a objetos Punzocortantes (92%) y 01 caso fue originado por exposición a Fluidos Biológicos – Salpicaduras (8%). Se observa un incremento en relación al mes anterior. *Gráfico N°3-1*

Gráfico N°3-1. Accidentes laborales por exposición a fluidos biológicos y/o objetos punzocortantes. Comparativo julio 2015-2016.



Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

Durante Julio del presente año se observa que el Grupo Ocupacional de Médicos Residentes son los que presentan la mayor ocurrencia de los Accidentes Laborales por Exposición a Fluidos Biológicos y/o Objetos Punzocortantes (33%), seguido de los Internos de Medicina y Personal de Limpieza (25%), mientras que en el % acumulado los Internos de Medicina representan el mayor porcentaje (24%). *Tabla N°3-1*

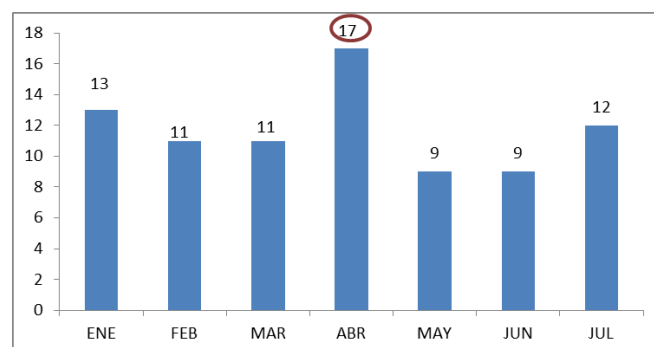
Tabla N°3-1. Accidentes laborales por exposición a fluidos corporales y/o objetos punzocortantes según grupo ocupacional. Julio 2016

Grupo Ocupacional	Salpicadura		Punzocortantes		TOTAL MES		N° ACUM. A JUL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Interno Medicina	0	0	3	27	3	25	20	24
Médico Residente	0	0	4	36	4	33	14	17
Enfermera	0	0	1	9	1	8	10	12
Personal Limpieza	0	0	3	27	3	25	9	11
Interno de Enfermería	0	0	0	0	0	0	8	10
Técnico de Enfermería	0	0	0	0	0	0	7	9
Estudiante de enfermería	0	0	0	0	0	0	4	5
Técnico de Laboratorio	0	0	0	0	0	0	4	5
Médico Asistente	0	0	0	0	0	0	3	4
Estudiante de medicina	1	100	0	0	1	8	3	4
Total	1	100	11	100	12	100	82	100

Fuente: Base de datos del VEA-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 % de casos (24%), seguido de los Médicos residentes (17%) y de Enfermeras (12%). Observamos que en Julio del 2016 los casos de accidentes laborales se han incrementado en relación a los meses anteriores. *Gráfico N°3-2.*

Gráfico N°3-2. Tendencia mensual de los accidentes laborales por exposición a fluidos biológicos y/o objetos punzocortantes. Julio 2016



Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

Se observa que el servicio donde labora el trabajador más expuesto ha sido Emergencia adultos (33%), seguido del Servicio de Cirugía I-4; mientras que en el % acumulado Emergencia Adultos continúa siendo el servicio de mayor ocurrencia (21%), seguido del servicio de medicina San Pedro y Traumatología – El Carmen (9% y 6%) respectivamente. *Tabla N°3-2.*

Tabla N°3-2. Accidentes laborales por exposición a fluidos corporales y/o objetos punzocortantes según servicio de ocurrencia. Julio 2016

Servicio donde labora el trabajador	Salpicadura		Punzocortantes		Total Mes		N° ACUM. A JUL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Emergencia Adultos	0	0	4	36	4	33	17	21
San Pedro	0	0	0	0	0	0	7	9
El Carmen	0	0	0	0	0	0	5	6
Cirugía I-4	0	0	1	9	1	8	5	6
Cirugía H-4	0	0	0	0	0	0	4	5
Julián Arce	0	0	0	0	0	0	4	5
Patología Clínica y Anatomía Patológica	0	0	0	0	0	0	4	5
San Antonio II	0	0	0	0	0	0	3	4
Santo Toribio	0	0	0	0	0	0	3	4
Santa Rosa II	0	0	0	0	0	0	3	4
SOP Central	0	0	0	0	0	0	3	4
Consultorios Externos	0	0	1	9	1	8	3	4
Neonatología I-2	0	0	1	9	1	8	3	4
Obstetricia H-2	0	0	1	9	1	8	3	4
Santa Ana	1	100	0	0	1	8	2	2
Cirugía H-3	0	0	1	9	1	8	2	2
UCI General	0	0	1	9	1	8	2	2
Centro Obstétrico	0	0	0	0	0	0	1	1
Pediatría	0	0	0	0	0	0	1	1
Cirugía Pediátrica	0	0	0	0	0	0	1	1
UCI Intermedios	0	0	0	0	0	0	1	1
Diagnóstico por imágenes	0	0	0	0	0	0	1	1
Emergencia Pediátrica	0	0	0	0	0	0	1	1
Urología I-1	0	0	0	0	0	0	1	1
Otros	0	0	1	9	1	8	2	2
Total	1	100	11	100	12	100	82	100

Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

Otro aspecto importante para el análisis son las circunstancias en las que se desarrolla el accidente por exposición a Fluidos Biológicos y/o exposición a objetos punzocortantes; apreciándose que las circunstancias estuvo relacionada a los procesos de segregación de residuos sólidos hospitalarios (27%). **Tabla N°3-3.**

Tabla N°3-3. Circunstancias asociadas a los accidentes laborales por exposición a objetos punzocortantes. Julio 2016

Circunstancias asociadas a los accidentes	Salpicadura		Punzocortantes		Total Mes		N° ACUM. A JUL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Durante segregación de residuos hospitalarios	0	0	3	27	3	25	12	15
Durante un procedimiento (adm. Tto., inserción cvp, cvc, etc.)	0	0	0	0	0	0	11	13
Al re encapsular una aguja usada	0	0	1	9	1	8	9	11
Durante procedimiento Quirúrgico	0	0	1	9	1	8	8	10
Durante procedimiento de toma de muestra de AGA	0	0	2	18	2	17	8	10
Durante la segregación de objetos punzocortantes	0	0	0	0	0	0	7	9
Después de uso de material, antes de descartarlo	0	0	2	18	2	17	7	9
Durante procedimiento de sutura	0	0	2	18	2	17	6	7
Material fue dejado en lugar inadecuado	0	0	0	0	0	0	4	5
Durante procedimiento de toma de muestra de HemoglucoTex	0	0	0	0	0	0	3	4
Al finalizar el procedimiento (recojo de material, catéter EV, IM, SC, CVC, Epidural, etc)	0	0	0	0	0	0	1	1
Durante lavado de instrumento	0	0	0	0	0	0	1	1
Otros	1	100	0	0	1	8	5	6
Total	1	100	11	100	12	100	82	100

Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

En lo referente a la protección basada en la vacunación contra la Hepatitis "B" en Julio del presente año, se observa que el 82% de los trabajadores de salud expuestos cuenta con las dosis completas de vacuna de Hepatitis "B"; mientras que el 18% restante sólo cuenta con dos dosis de vacuna contra Hepatitis "B". **Tabla N°3-4**

Tabla N°3-4. Estado de vacuna asociado a los accidentes laborales por exposición a objetos punzocortantes. Julio 2016

Estado de vacunación para VHB en el trabajador	Salpicadura		Punzocortantes		Total Mes		N° ACUM. A JUL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
No Vacunado	0	0	0	0	0	0	2	2
Una dosis	0	0	0	0	0	0	3	4
Dos dosis	0	0	2	18	2	17	12	15
Tres dosis	1	100	9	82	10	83	65	79
Total	1	100	11	100	12	100	82	100

Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

El 91% de los Accidentes laborales por exposición a objetos punzocortantes fueron ocasionados por aguja hueca, seguido de instrumental quirúrgico (9%). **Tabla N°3-5**

Tabla N°3-5. Tipo de dispositivo asociado a accidentes laborales por exposición a objetos punzocortantes. Julio 2016

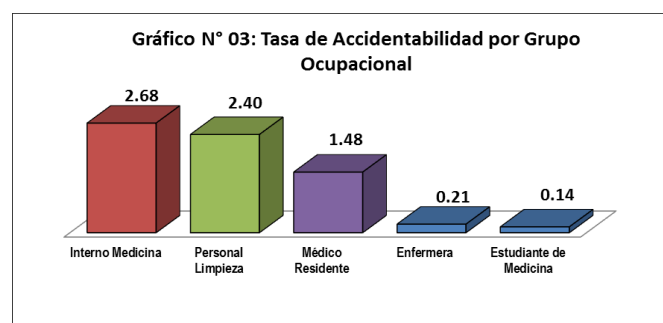
Tipo de dispositivo que ocasionó el accidente laboral	Punzocortantes		N° ACUM. A JUL	
	N°	%	N°	%
Aguja hueca	10	91	62	85
Quirúrgico	1	9	9	12
Vidrio	0	0	1	1
Otros	0	0	1	1
Total	11	100	73	100

Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

Se observa que la Tasa de Accidentabilidad por accidentes laborales más alta se ha presentado en el Grupo Ocupacional de los Internos de Medicina (2.68%), seguido del Personal de Limpieza (2.40%). **Gráfico N°3-3.**

Gráfico N°3-3. Tasa de accesibilidad por Grupo Ocupacional. Julio 2016

Fuente: Base de datos del VEA-HNDM



Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

4. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE MORTALIDAD NEONATAL Y FETAL.

La Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Neonatal y Perinatal ha permitido caracterizar el perfil epidemiológico de la mortalidad en este grupo de edad en la Institución. Durante el mes de Julio del 2016, se ha notificado 5 casos de Mortalidad Perinatal, con 01 muerte Fetal (20%) y 04 Muertes Neonatales (80%). En el acumulado de Muertes neonatales y fetales, se observa la ocurrencia de 25 casos, de los cuales 14 son muertes fetales (56%) y 11 Muertes Neonatales (44%). Hasta julio del presente año (Tabla N° 4.1 - Aplicativo Analítico BABIES), se han presentado 14 muertes que corresponden a Mortalidad Perinatal (Muerte Fetales más muertes neonatales hasta 7 días), de los cuales 14 Muertes son fetales y 07 muertes son Neonatales con tiempo de vida de hasta 7 días. *Tabla N°4-1*

Tabla N°4-1. Muertes fetales y neonatales según peso al nacer y tipo de parto, y momento de muerte, hasta julio 2016.

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	0	5	0	5	2	3	2	0	3	5
1000 - 1499 grs	3	1	4	0	4	0	3	1	2	0	3
1500 - 1999 grs	3	0	3	0	3	1	1	0	2	0	2
2000 - 2499 grs	1	1	2	0	2	1	0	0	0	1	1
2500 - 2999 grs	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3000 - 3.499 grs	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3500 - 3999 grs	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4000 - 4499 grs	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
>=4500 grs	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	12	2	14	0	14	4	7	3	4	4	11

Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

Las Muertes Neonatales durante julio, ocurrieron en gestantes con tiempo de gestación entre 24 a 34 semanas y pesos de 500 – 2499 gramos, con CPN insuficientes, nacidos de parto vaginal (4) y uno por cesárea; siendo la causa básica de Mortalidad Neonatal por Prematuridad Extrema (02), Atresia Esofágica (01) y Agenesia Renal (01).

Así mismo se ha presentado 01 muerte fetal, en una gestante de 34 semanas y un peso fetal de 2370 gramos; siendo la causa básica de Muerte fetal Corioamionitis - Sepsis Materna (01), nacido de parto vaginal.

Según codificación CIE-10 las causas básicas de Mortalidad Fetal fueron por Muerte Fetal de causa no especificada (71%), distribuyéndose para cada uno de los casos anomalías congénitas (14%), desprendimiento prematuro de placenta (01 caso) y otro por Feto afectado por corioamionitis. *Tabla N°4-2*

Tabla N°4-2. Muerte Fetal según codificación CIE 10 y peso al Nacimiento, hasta Julio 2016

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	P08	4	3	2	1	0	0	10
ANENCEFALIA	Q00.0	0	0	0	1	0	0	1
MALFORMACIÓN CONGÉNITA	Q88.9	1	0	0	0	0	0	1
DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA	P02.1	0	0	1	0	0	0	1
FETO Y RECIÉN NACIDO AFECTADOS POR CORIOAMIONITIS	P02.7	0	1	0	0	0	0	1
TOTAL GENERAL		5	4	3	2	0	0	14

Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

La mayor frecuencia de causa de muerte neonatal, hasta la fecha ha sido la Inmadurez extrema (36%), seguido de Enfermedad de Membrana Hialina (18%) respectivamente. *Tabla N°4-3.*

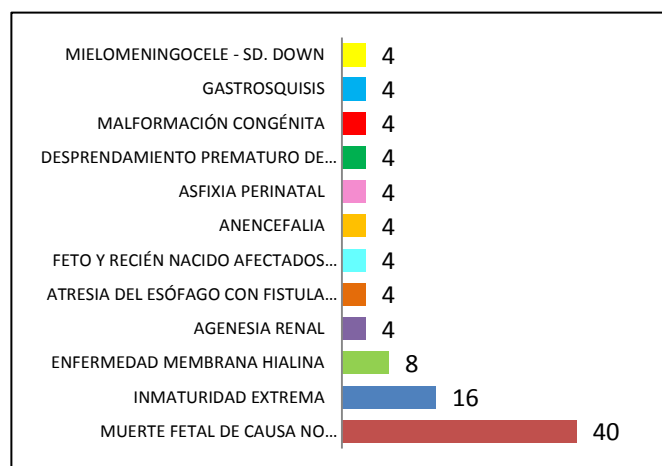
Tabla N°4-3. Muerte Neonatal según codificación CIE – 10 y peso al Nacimiento, Hasta Julio – 2016

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.	
INMADUREZ EXTREMA	P07.2	4	0	0	0	0	0	4
ENFERMEDAD MEMBRANA HIALINA	P22.0	0	2	0	0	0	0	2
GASTROSQUISIS	Q79.3	0	0	1	0	0	0	1
ASFIXIA PERINATAL	P21.0	0	1	0	0	0	0	1
ATRESIA DEL ESÓFAGO CON FÍSTULA TRAQUEOSÓFAGICA	Q39.1	0	0	0	1	0	0	1
AGENESIA RENAL	Q60.2	1	0	0	0	0	0	1
MIELOMENINGOCELE - SD. DOWN	Q89.7	0	0	1	0	0	0	1
TOTAL GENERAL		5	3	2	1	0	0	11

Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

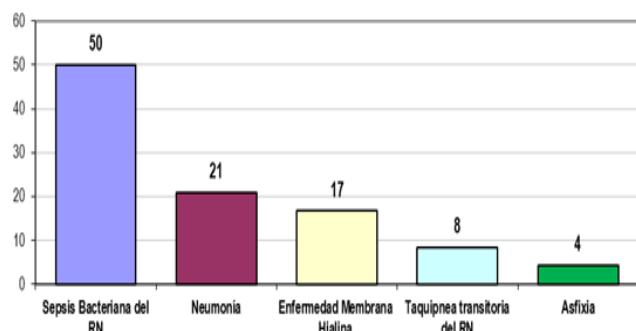
Hasta Julio del presente año, la Muerte Fetal de causa no especificada ocupan el mayor número de casos (40%), seguido de Prematuridad Extrema (16%). *Gráfico N4-1.*

Gráfico N4-1. Tipos de mortalidad fetal y neonatal. Hasta julio 2016



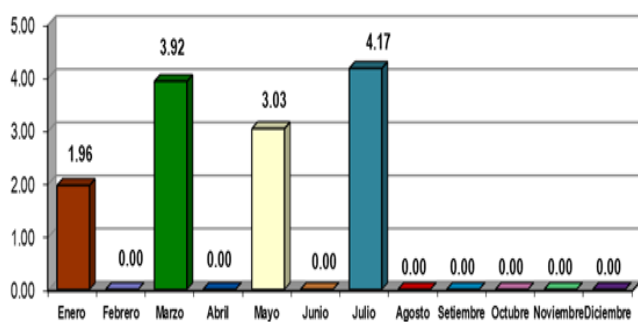
Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

Durante Julio del presente año se atendieron 24 recién nacidos complicados; con 01 muerte neonatal relacionada a asfisia Sepsis Neonatal. La complicación más frecuente fue la Sepsis Bacteriana con 12 casos (50%), seguido de Enfermedad Membrana Hialina con 04 casos (06%). *Gráfico N°4-2.*

Gráfico N°4-2. Complicaciones neonatales en el HNDM. Hasta julio 2016

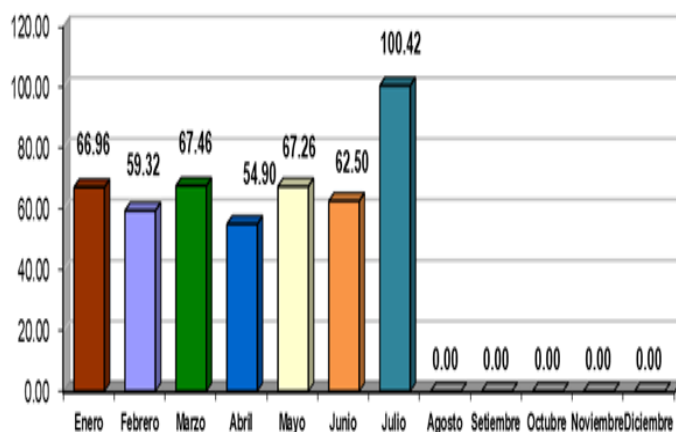
Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

Respecto a la Letalidad, en Julio del presente año se han presentado 04 casos de Mortalidad Neonata con una tasa de letalidad (4.17%). **Gráfico N°4-3.**

Gráfico N°4-3. Tasa de letalidad de complicaciones neonatales. Hasta julio 2016

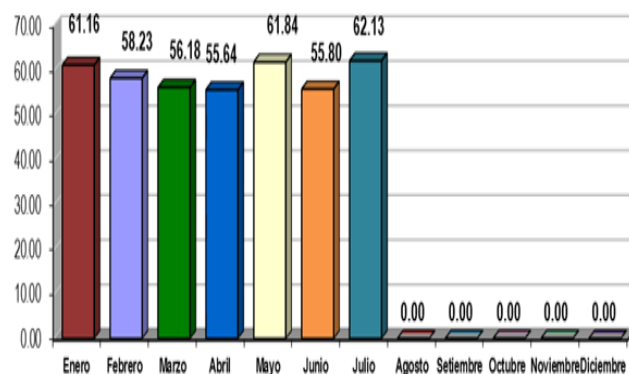
Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

Además se observa que la Tasa de incidencia de bajo peso al nacer es de 100.4 x 1000 recién nacidos vivos, la más alta en lo que va del año. **Gráfico N°4-4.**

Gráfico N°4-4. Tasa de incidencia de bajo peso al nacer. Hasta julio 2016

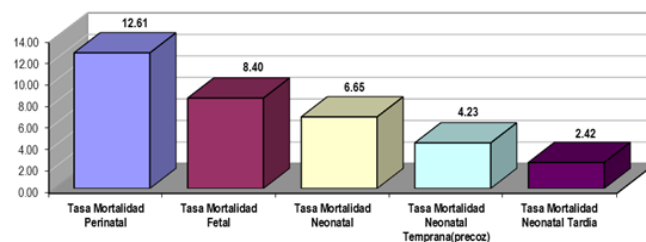
Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

La proporción de partos complicados sigue siendo alta (66.4%), dado que el HNDM es un Establecimiento de referencia nacional. En Julio la tasa de cesárea general fue de 62.13 %. **Gráfico N°4-5.**

Gráfico N°4-5. Tasa de cesárea general. Hasta julio 2016

Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

La tasa de cesárea en RN de bajo peso al nacer fue de 7.23 %, 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 10.64% y la tasa de cesárea con RN macrosómico es de 7.66%. **Gráfico N°4-6.**

Gráfico N°4-6. Tasa de mortalidad fetal y neonatal acumuladas. Hasta 2016

Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

En relación a Tasas de Mortalidad se puede apreciar hasta Julio del presente año, que la Tasa de Mortalidad Perinatal es de 12.61 x 1000 nacimientos, la tasa de Mortalidad Neonatal fue de 6.65 x 1000 RN Vivos, la tasa de mortalidad neonatal temprana y Precoc es de 4.23 x 1000 RN Vivos respectivamente; la Tasa de Mortalidad Fetal es de 8.40 x 1000 nacimientos

Por lo tanto, se deben reprogramar reuniones del Comité de Vigilancia de la Mortalidad Neonatal y Fetal, a fin de analizar la información de la vigilancia epidemiológica y discusión de casos de mortalidad perinatal en la Institución e Implementar la Vigilancia Centinela con el análisis oportuno de los casos a través del Comité; siendo una prioridad en el fortalecimiento de las intervenciones preventivas para reducir la mortalidad neonatal, actuando sobre las muertes neonatales evitables en recién nacidos de término, con buen peso y sin malformaciones congénitas letales.

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

En la evaluación del manejo de residuos sólidos por departamento, en el mes de julio del 2016, los departamentos de pediatría, Odontología, Enfermería, farmacia, Patología Clínica, banco de Sangre y cirugía de tórax y cardiovascular obtuvieron la calificación de bueno (tabla N°5-1), que representan el 50% del total de departamentos. De los departamentos restantes (7), seis de ellos obtuvieron calificaciones entre bueno y regular en diferentes proporciones.

Tabla N°5-1. Evaluación por departamentos del manejo de residuos sólidos hospitalarios. Julio 2016.

DEPARTAMENTOS	CALIFICACION		
	BUENO (%)	REGULAR (%)	MALO (%)
DEPARTAMENTO DE MEDICINA	20	80	
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MEDICA	83	17	
DEPARTAMENTO DE CIRUGIA	67	33	
DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA		100	
DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA	100		
DPTO DE ODONTOESTOMATOLOGIA	100		
DPTO. DE DIAGNOSTICO POR IMÁGENES		100	
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA	100		
DPTO. DE ANESTESIOLOGIA Y CENTRO QX	67	33	
DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA		100	
DEPARTAMENTO DE FARMACIA	100		
DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA CLINICA	100		
DEPARTAMENTO DE BANCO DE SANGRE Y HEMOT.	100		
DEPARTAMENTO DE CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR.	100		

Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

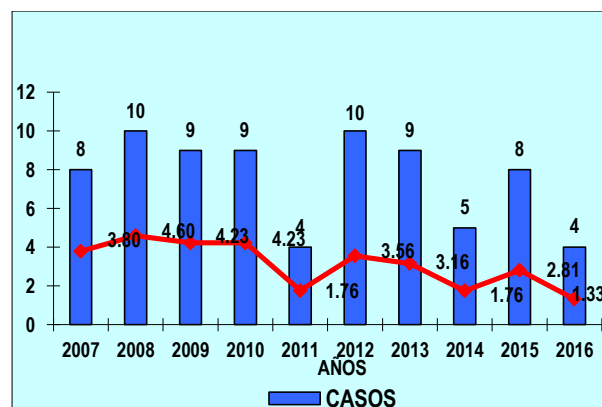
6. TUBERCULOSIS PULMONAR EN PERSONAL DE SALUD PRIMER TRIMESTRE – 2016

El Hospital Nacional “Dos de Mayo” a través de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental desarrolla la Vigilancia Epidemiológica de la Tuberculosis Pulmonar en Personal de Salud normado por Norma Técnica N° 026-MINSA/OGE-V.01: Norma Técnica de Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Intrahospitalarias”, aprobado por R.M N° 179

2005/MINSA, en coordinación con la Estrategia de Prevención y Control de Tuberculosis, Comité de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias y Bioseguridad y Médico de Personal con quienes se articula para las acciones de tratamiento gratuito y estandarizado de casos; además cuenta con el Plan Anual de Prevención y Control de la Transmisión Intrahospitalaria de Tuberculosis aprobado vigente con RD N° 0293-2015/HNDM.

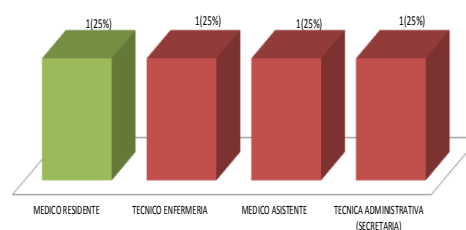
En el presente año 2016 producto de la Vigilancia epidemiológica de Tuberculosis en la institución, se han captado y/o notificado a la fecha **04 casos de Tuberculosis Pulmonar nosocomial**. El riesgo expresado en la **tasa de incidencia** de Tuberculosis en Trabajadores de Salud en el Hospital Nacional “Dos de Mayo” es de **1.33** para el Primer Trimestre - 2016; en el Grupo Ocupacional de un Médico residente, Médico asistente, Técnico Enfermería y Técnica administrativa (secretaria). **Tabla N°6-1 y Gráfico N°6-1.**

Tabla N°6-1. Casos de tuberculosis Pulmonar en trabajadores de salud – HNDM 2007-2016.



Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

Gráfico N°6-1: Casos de tuberculosis Pulmonar en trabajadores de salud I trimestre 2016.



Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

Los casos captados a través de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental son informados a través de Unidad de Médico de Personal y/o Estrategia de Tuberculosis de la institución para ser notificados al nivel correspondiente.

De los casos reportados en Personal de salud se puede evidenciar solo un caso de Tuberculosis Pulmonar, los otros tres casos son Tuberculosis pulmonar extra pulmonar.

ACTUALIDAD EN EPIDEMIOLOGÍA

SITUACIÓN ACTUAL DE LA FIEBRE AMARILLA SELVÁTICA EN EL PERÚ

I. Antecedentes

La actividad epidémica de la fiebre amarilla ha venido presentándose en forma cíclica desde pequeños brotes hasta epidemias de gran magnitud (1). Entre los años 2000 al 2009 se confirmaron 404 casos que incluyen 204 muertes por fiebre amarilla selvática (Tasa de letalidad del 50.5%) (12). En este contexto el Perú implementó un plan acelerado de erradicación de la enfermedad, que inicio en el 2004 al 2007 donde contempló vacunar al 100% de la población, logrando una cobertura de 66% en edades comprendidas entre 2 a 59 años, observándose un descenso sistemático con sólo 10 casos confirmados en el 2010, cifra relativamente menor a las reportadas años anteriores (13).

II. Situación actual

A partir del año 2011 hasta la actualidad, se observó un aumento significativo de casos en los departamentos de Madre de Dios, San Martín, Ucayali, Puno, Junín, Cusco Huánuco, Junín, Ucayali, Loreto, Pasco y Ayacucho. En el 2016 (hasta la SE 32), el mayor porcentaje de casos procede del departamento de Junín. (13). *Tabla N° 1*

Tabla N° 1: Número de casos de fiebre amarilla selvática según departamento, 2000 – 2016 (SE 32).

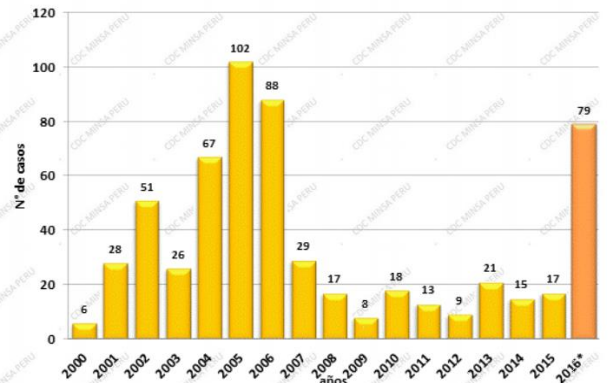
DEPARTAMENTOS	AÑOS																
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016*
SAN MARTIN	3	12	20	13	16	32	15	10	5	6	10	6	1	5	7	6	5
JUNIN	1	1	12	2	33	4	23	0	0	0	1	1	0	3	2	4	57
AMAZONAS	0	0	2	0	0	63	17	0	7	0	0	0	1	0	0	0	3
CUSCO	1	0	6	6	1	0	3	11	1	1	5	0	1	0	0	1	4
LORETO	0	9	6	0	1	1	7	2	2	1	0	2	1	2	1	3	0
MADRE DE DIOS	0	0	2	4	8	0	2	3	2	0	1	2	1	1	1	1	1
PUNO	0	0	2	1	0	1	8	1	0	0	1	0	4	4	1	0	0
HUANUCO	1	2	0	0	8	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	1	3
AYACUCHO	0	1	1	0	0	0	8	0	0	0	0	1	0	2	0	0	3
UCAYALI	0	3	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	3	1	1	3
PASCO	0	0	0	0	0	0	4	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0
HUANCAVELICA	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CAJAMARCA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TUMBES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ANCASH	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ÁREQUIPA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MOQUEGUA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
LIMA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PIURA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ICA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CALLAO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TACNA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
APURIMAC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
LAMBAYEQUE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
LA LIBERTAD	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total general	6	28	51	26	67	102	88	29	17	8	18	13	9	21	15	17	79

Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – MINSA

Hasta la semana Epidemiológica (SE) 32 – 2016, a nivel nacional se han notificado 146 casos de FAS, de los cuales se confirmaron 59 casos y 20 fueron casos probables. (15).

Tabla N° 2:

Tabla N° 2: N° de casos de Fiebre amarilla por años Perú 2000 – 2016 (SE 32) (Confirmados + probables)



Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – MINSA

III. Muertes por fiebre amarilla

La FAS después de un tiempo de incubación promedio de dos a seis días, puede expresarse en una persona susceptible como un síndrome febril icterohemorrágico, y la letalidad para las formas clínicas graves puede llegar de 50% a 80%. (2), según el tiempo de diagnóstico y el lugar de atención. (15)

En el 2016 (a la SE 32) de los 59 casos confirmados, se presentaron 19 defunciones, siendo un número mayor que en los años anteriores. La letalidad para el país en el presente año es de 32,2%. (15) *Tabla N° 3:*

Tabla N° 3: N° de casos de Fiebre amarilla por años Perú 2000 – 2016 (SE 32) (Confirmados + probables)

Tipo Dx	2,012	2,013	2,014	2,015	2,016
Confirmados	8	15	14	13	59
Probables	0	0	1	1	20
Descartados	39	36	54	28	67
Notificados	47	51	69	42	146
Defunciones	6	8	12	4	19

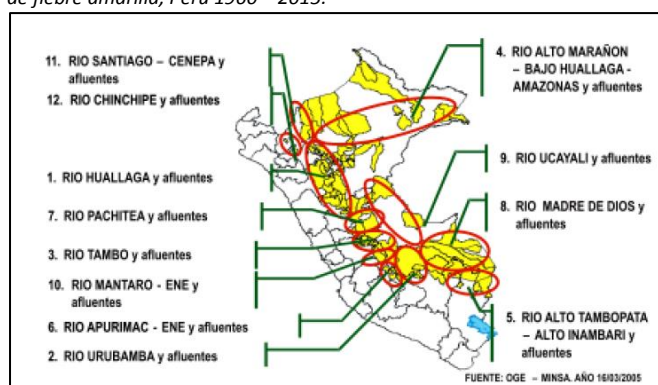
Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – MINSA.

IV. Determinantes de riesgo para fiebre amarilla

Los determinantes de riesgo de la FAS están relacionadas con la población en riesgo que vive en zonas de transmisión activa y el movimiento migratorio de grupos de trabajadores agrícolas y mineros, no inmunizados y con desconocimiento de la enfermedad los cuales se desplazan hacia áreas endémicas de FAS. Otros determinantes se consideran la tala de árboles y quema forestal múltiple, lo que amplía las fronteras agrícolas en zonas de selva virgen, que producen variación en el ecosistema y la migración de primates no humanos infectados (14).

En el Perú existen 12 cuencas hidrográficas donde se han presentado casos y brotes de fiebre amarilla en los últimos años. (15) Grafico N° 1.

Gráfico N° 1. Cuencas hidrográficas endemo-enzooticas para transmisión de fiebre amarilla, Perú 1960 – 2015.



Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – MINSA

V. Análisis de la situación de FAS

Actualmente el Perú presenta un incremento de casos de FAS, con transmisión en los departamentos de Junín, San Martín, Huánuco, entre otros, con notificación de casos graves en fase tóxica, con una elevada mortalidad. En este contexto, es necesario ampliar y monitorear las coberturas de vacunación antiamarilica en toda la población residente o que ingrese a zonas de transmisión de FAS. Además debe asegurarse el fortalecimiento a nivel nacional para el diagnóstico oportuno y manejo adecuado de los casos con el objetivo de disminuir la morbimortalidad asociada (14).

Referencias bibliográficas:

1. Espinoza M, Cabezas C. Aspectos clínicos y epidemiológicos del brote de fiebre amarilla en el distrito de Villa Rica . Rev Soc Enfermed Infec trop 1996; 5(2-3): 35-40.
2. Chin J, editor. El control de las enfermedades transmisibles. 17ma ed. Organización Panamericana de la Salud. Washington DC OP; 20012. Publicación científica y técnica 581.
3. Monath TP. Yellow fever and dengue - the interactions of virus, vector and host in the re-emergence of epidemic disease. Semin Virol 1994; 5: 133-45.
4. Toledo G. La otra historia de la fiebre amarilla en Cuba. 1492 -1909. Rev Cuba Hig Epidemiol 2000; 38(3): 220-27.
5. Góngora R. La fiebre amarilla en Yucatán durante las épocas precolombinas y colonial Rev Biomed 2000; 11(4): 301-7.
6. Cordero M. Las grandes epidemias en la América Colonial. Arch Zootec 2001; 50(192): 597-612.
7. Espinoza M, Cabezas C, Ruiz J, Un acercamiento al conocimiento de la fiebre amarilla en el Perú. Rev Peru Exp Salud Pública 22(4), 2005
8. Palma R. Tradiciones Peruanas: Pepe Bandos. 2da edición, tomo I. Lima: Librería Internacional del Perú S.A. p. 287-93.
9. Moquillaza J. Informe de viaje al Perú presentado a la Oficina Sanitaria Panamericana. Lima: OPS; 1985
10. Perú, Ministerio de Salud. Doctrina, normas y procedimientos para el control de fiebre amarilla en el Perú: Dirección del programa de control de enfermedades transmisibles/MINSA; 1995.
11. Bryant J, Wang H, Cabezas C, Ramirez G, Watts D, Rusell K, et al. Enzootic transmission of yellow feve virus in Perú. Emerg Infect Dis 2003; 9(8): 96 – 33.
12. Vainio J, Cutts F. Yellow fever. Geneva. Wordl health Organization, 1998. WHO/EPI/GEN/98.11.
13. Informe técnico Situación epidemiológica de la fiebre amarilla selvática en el Perú, años 2011-2016. Minsa.
14. Lizarbe M. Situación actual de la fiebre amarilla selvática (FAS) en el Perú, años 2011 – 2016 (a la SE 15); 25 (15); 302-304.
15. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – MINSA, Sala Situacional SE 32.

Disponible en

www.hdosdemayo.gob.pe

OFICINA DE EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD AMBIENTAL (OESA)

Director

Dr. José Luis Bolarte Espinoza

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

Dr. Jaime Alvarezcano Berroa

Equipo de Trabajo de Vigilancia Epidemiológica

Dr. Marco Antonio Sánchez Ramírez

Lic. Carmen Lam Villoslada

Lic. Rosario Mucha Huatuco

Lic. Mónica Barrientos Pacherras

Lic. Joel Cadillo Rivera

Equipo de Trabajo Salud Ambiental

Sr. Alfonso Rodríguez Ramírez

Ing. Eduardo Yactayo Infantes

Sr. Jaime Aparcana Moncada

Sr. Jaime Arce Veintemilla

Sr. Raúl Quispe Bocangel

Equipo de Informática

Sra. Andrea Ydoña Cuba

Srta. Marianella Narro Dueñas

Compilación y Edición

MC. Nadia Mariela Lingán Cubas

MR1 Gestión en Salud

Equipo de Trabajo de Vigilancia Epidemiológica y
Salud Ambiental

Lima - Julio 2016