



## EDITORIAL

## CONTENIDO

EDITORIAL *pág. 1*1. VIGILANCIA  
EPIDEMIOLÓGICA DE  
LAS INFECCIONES  
INTRAHOSPITALARIAS  
*pág. 2-7*2. DAÑOS DE  
NOTIFICACIÓN  
OBLIGATORIA  
*pág. 7 - 14*3. VIGILANCIA  
EPIDEMIOLÓGICA DE  
ACCIDENTES  
OCUPACIONALES  
*pág. 14 - 18*4. VIGILANCIA  
EPIDEMIOLÓGICA DE  
MORTALIDAD  
NEONATAL Y FETAL  
*pág. 18 - 21*5. EVALUACIÓN POR  
DEPARTAMENTOS DEL  
MANEJO DE RESIDUOS  
SÓLIDOS  
HOSPITALARIOS  
*pág. 21*ACTUALIDAD EN  
EPIDEMIOLOGÍA  
*pág. 22*

## Situación actual del ZIKA en el Perú

En el Perú, el primer caso de infección por virus Zika importado fue captado el 20/01/2016, en un paciente varón procedente de un país con epidemia de Zika y que inició enfermedad al llegar al país.

El primer caso autóctono corresponde a una mujer de 49 años, que inició enfermedad el 07/02/16, en la ciudad de Yurimaguas (Loreto).

El primer caso autóctono de Zika de transmisión sexual en el Perú corresponde a una mujer residente en Lima, que inició la enfermedad el 28/03/16 y adquirió la infección a partir de un caso importado.

Los primeros brotes de Zika se identificaron en las ciudades de Jaén (Cajamarca) y Yurimaguas (Loreto). Desde la confirmación del primer caso, en el Perú son 09 los departamentos que han confirmado casos autóctonos de Zika.

La Organización Mundial de la Salud clasifica a los países territorios, según la transmisión de Zika, en cuatro categorías:

Categoría 1: zona de primera introducción o reintroducción con transmisión activa del virus (a partir del 2015).

Categoría 2: Zona con constancia de circulación del virus antes de 2015 sin constancia de interrupción

Categoría 3: Zona en que la transmisión se ha interrumpido, pero con posible transmisión futura.

Categoría 4: Zona en que el vector competente está establecido, pero sin constancia de transmisión

Hasta marzo del 2017, la OMS reporta que 84 países/territorios han reportado transmisión de Zika en el mundo (categorías 1,2 y 3). **El Perú está en la categoría 1.**

Desde el inicio de la epidemia de Zika en el Perú, en la SE 6 de 2016 hasta la SE 8 de 2017, se notificaron 7895 casos de Zika (1470 confirmados y 6425 sospechosos). Asimismo, se notificaron 273 gestantes con infección confirmada de Zika en los departamentos de Cajamarca, Loreto, Ica, Lima, La Libertad, Piura, San Martín y Tumbes. En el mismo periodo se reportó 111 recién nacidos vivos, 5 abortos y 1 óbito fetal de gestantes con diagnóstico confirmado de infección por virus Zika. Los neonatos no presentaron microcefalia u otra complicación al momento de la notificación.

Asimismo, hasta la SE 30 de 2017, se reportaron 2 neonatos con resultado de PCR positivo a infección por virus Zika, pero ninguno tuvo microcefalia u otra alteración notificada al nacer. Por último, hasta la SE 30-2017 fueron notificados 20 casos de microcefalia sospechosos de relación a infección por virus Zika. A 16 les tomaron muestras para diagnóstico de Zika, descartándose en 15 de ellos. Uno de los lactantes con microcefalia procedente de Yurimaguas (Loreto) tuvo resultados de IgM e IgG positivos para virus Zika y resultado de IgG positivo a citomegalovirus (CMV) el cual sería la probable etiología. Este caso sospechoso de microcefalia relacionada a infección de virus Zika se encuentra en investigación y seguimiento. El Ministerio de Salud continuará con el análisis de casos en los que se encuentre síndrome congénito asociado a Zika.

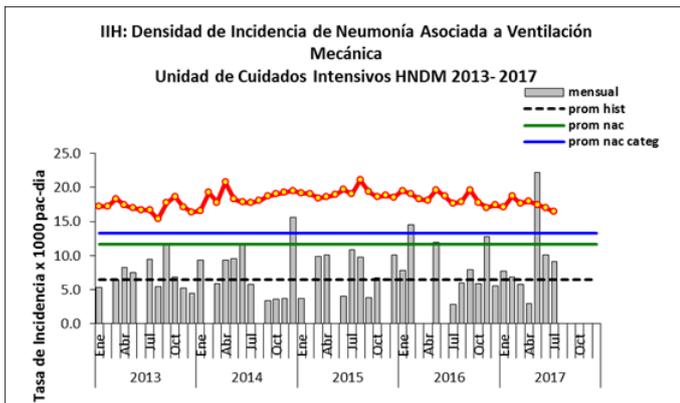
Ante el número creciente de gestantes infectadas, la posibilidad de observar casos de transmisión congénita de Zika aumenta, por lo que se debe fortalecer el seguimiento y la detección de microcefalia u otras anomalías congénitas en el feto o neonato en las zonas de transmisión de Zika. Con ello se podrá mitigar su posible impacto en las familias afectadas.

## Referencias Bibliográficas:

1. Ministerio de Salud. OGE. 2017. II Curso virtual: "Vigilancia, prevención y control de Enfermedad por Virus Zika".
2. Ministerio de Salud. OGE. 2017. Alerta epidemiológica de riesgo de transmisión por Zika en el Perú.

## 1. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS.

**Gráfico N° 1.1: DENSIDAD DE INCIDENCIA DE NEUMONIA ASOCIADA A VENTILACION MECANICA EN UCI 2013 – 2017**

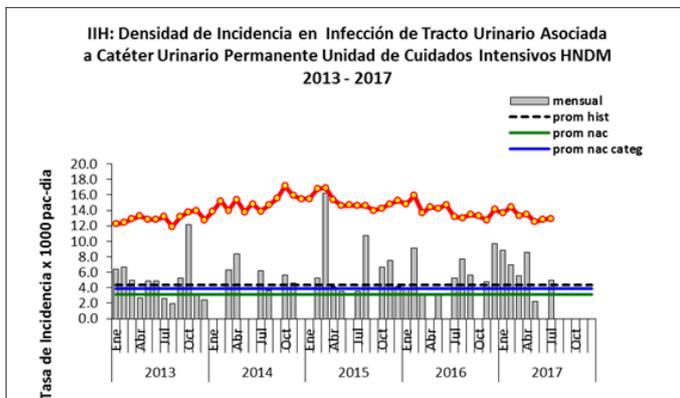


Fuente: Base de datos del VEA OESA –HNDM

La tendencia de las Neumonías Asociadas a Ventilación Mecánica en la Unidad de Cuidados intensivos durante el año 2016, se ha mantenido por debajo del Promedio Nacional, del Promedio Histórico y del Promedio Nacional por Categoría.

Durante el mes de julio del 2017 continúa la tendencia en descenso luego del brote del mes de mayo, en julio se han registrado cuatro casos de Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica que representa una tasa de densidad de incidencia de 9.11 x 1000 días VM, sobrepasando el promedio histórico; es importante referir que se mantuvieron durante el mes 49 pacientes sometidos a V.M., con 439 días de exposición.

**Gráfico N° 1.2: DENSIDAD DE INCIDENCIA DE INFECCION DEL TRACTO URINARIO ASOCIADA A CATETER URINARIO PERMANENTE EN UCI 2013 – 2017**

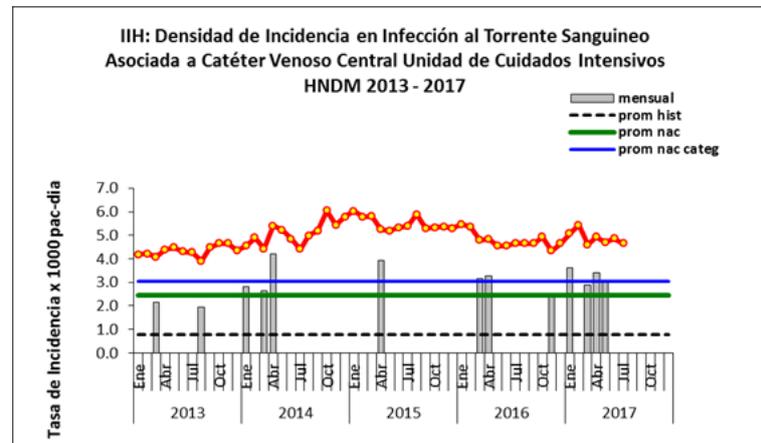


Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

En la Unidad de Cuidados Intensivos durante el mes de julio del año 2017, se reportaron dos casos de Infección Urinaria Asociada a Catéter Urinario Permanente, que representa una tasa de densidad de incidencia de 4.96 x 1000 días/catéter, cifra que sobrepasa los niveles históricos, nacional y nacional por categoría. En julio 2017 se vigilaron 58 pacientes con 403 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 y debe fortalecerse.

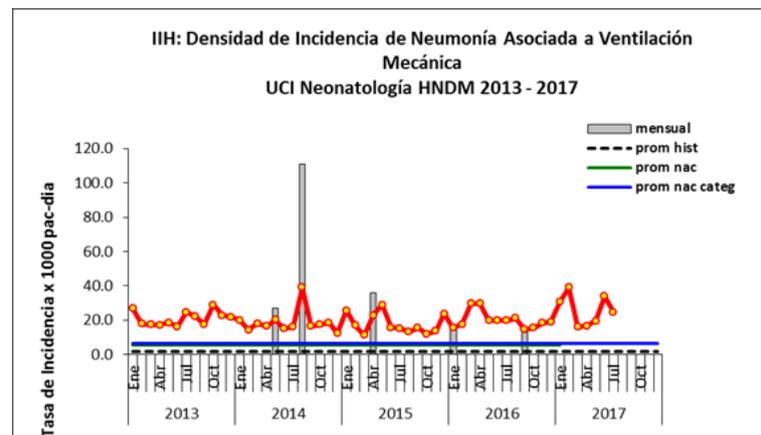
**Gráfico N° 1.3: DENSIDAD DE INCIDENCIA DE INFECCION AL TORRENTE SANGUINEO ASOCIADA A CATETER VENOSO CENTRAL EN UCI 2013 - 2017**



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 no se presentaron casos durante el mes de julio del 2017, se mantuvieron en vigilancia 52 pacientes con 338 días de exposición. En ésta unidad se incide en el cumplimiento de las normas de bioseguridad durante la inserción y mantenimiento del catéter venoso central.

**Gráfico N° 1.4: DENSIDAD DE INCIDENCIA DE NEUMONIA ASOCIADA A VENTILACION MECANICA EN UCI DE NEONATOLOGIA 2013 – 2017**



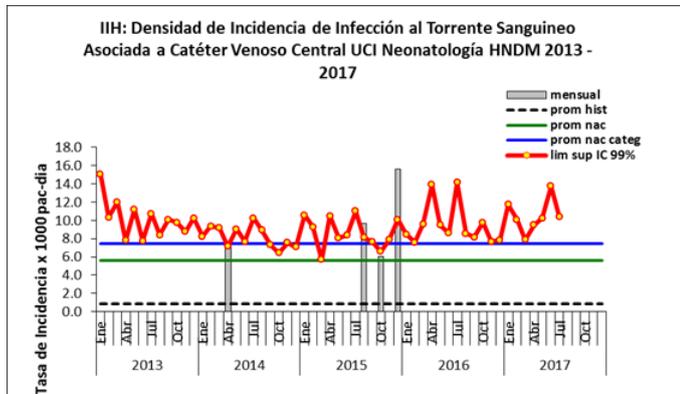
Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

En la Unidad de Cuidados Intensivos de Neonatología no se han presentado casos de Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica en pacientes neonatos durante el mes de julio del 2017, se vigilaron 03 pacientes sometidos a 24 días de exposición.

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

actividad que contribuye a la prevención, gracias a las actividades de prevención y control implementadas por los Servicios Críticos en coordinación con la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental, así como el Comité de Prevención y Control de IIH, se ha logrado controlar este problema de Salud Pública Hospitalaria .

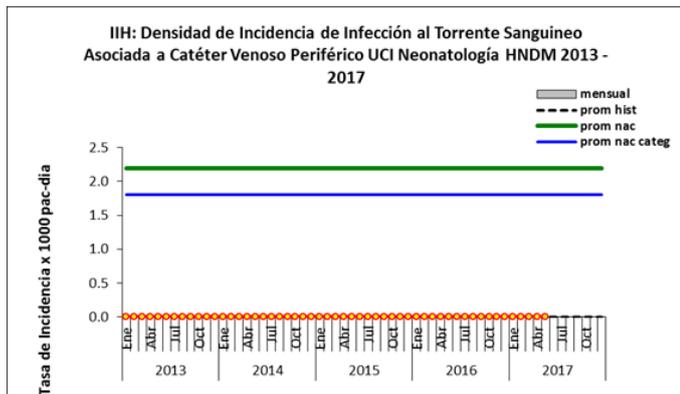
#### Gráfico N° 1.5: DENSIDAD DE INCIDENCIA DE INFECCIÓN AL TORRENTE SANGUINEO ASOCIADA A CATÉTER VENOSO CENTRAL EN UCI DE NEONATOLOGÍA 2013 - 2017



Fuente: Base de datos del VEA-HNMD

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 2017. Estuvieron sometidos a vigilancia epidemiológica 10 pacientes con 60 días de exposición. El fortalecimiento de las medidas de bioseguridad son las acciones de mayor impacto, lo cual se debe continuar para mantener la reducción de éste tipo de infecciones

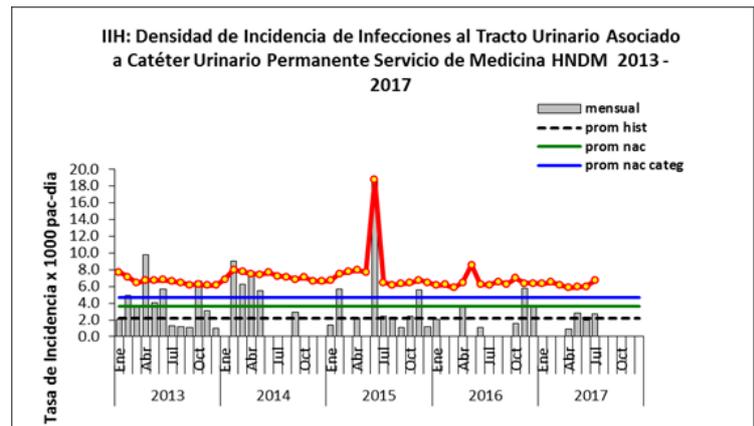
#### Gráfico N° 1.6 DENSIDAD DE INCIDENCIA DE INFECCIÓN AL TORRENTE SANGUINEO ASOCIADA A CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO EN UCI DE NEONATOLOGÍA 2013 - 2017



Fuente: Base de datos del VEA-HNMD

En relación a las Infecciones de Torrente Sanguíneo Asociada a Catéter Venoso Periférico, en el mes de julio del año 2017 no se presentaron casos en Neonatos, se sometieron a vigilancia epidemiológica 32 pacientes con 90 días de exposición. Desde el 2013 no se notifican casos de esta patología hospitalaria en la Institución.

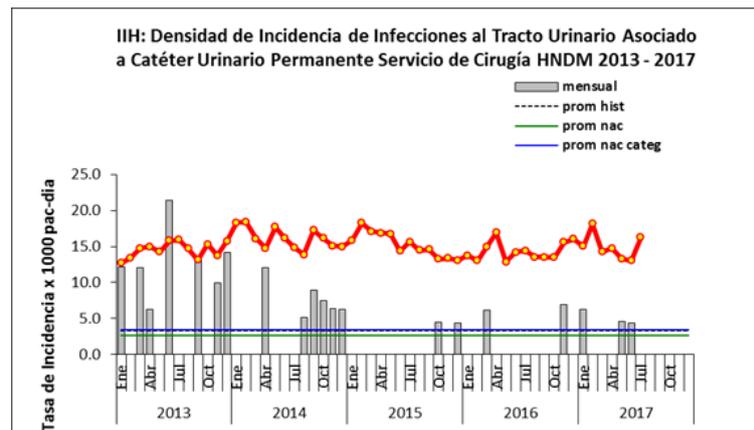
#### Gráfico N° 1.7: DENSIDAD DE INCIDENCIA DE INFECCIÓN AL TRACTO URINARIO ASOCIADA A CATÉTER URINARIO PERMANENTE EN SERVICIO DE MEDICINA HNMD 2013 - 2017



Fuente: Base de datos del VEA-HNMD

Durante el mes de julio del año 2017 en el Departamento de Medicina, se han presentado dos casos de ITU asociada a CUP, que representa una tasa de densidad de incidencia de 2.71 x 1000 días/catéter; se vigilaron 101 pacientes con 738 días de exposición. La metodología Bundle, mediante la aplicación de las listas de cotejo, como estrategia para prevenir la infección urinaria se está desarrollando en los servicios de medicina.

#### Gráfico N° 1.8: DENSIDAD DE INCIDENCIA DE INFECCIÓN AL TRACTO URINARIO ASOCIADA A CATÉTER URINARIO PERMANENTE EN SERVICIO DE CIRUGÍA HNMD 2013 - 2017

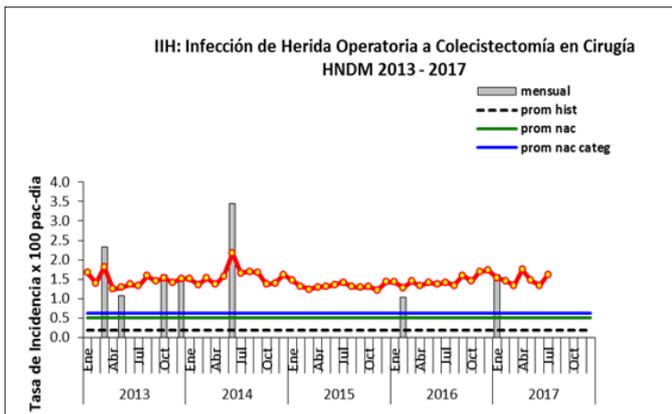


Fuente: Base de datos del VEA-HNMD

En el Departamento de Cirugía durante el mes de julio del año 2017 no se han reportado casos de ITU asociada a CUP. Se han vigilado 34 pacientes con 130 días de exposición.

Está pendiente la implementación de la metodología Bundle, mediante la aplicación de las listas de cotejo como medida preventiva de la infección urinaria.

**Gráfico N° 1.9: DENSIDAD DE INCIDENCIA DE INFECCIÓN DE HERIDA OPERATORIA A COLECISTECTOMÍA EN CIRUGÍA HNDM 2013 – 2017**

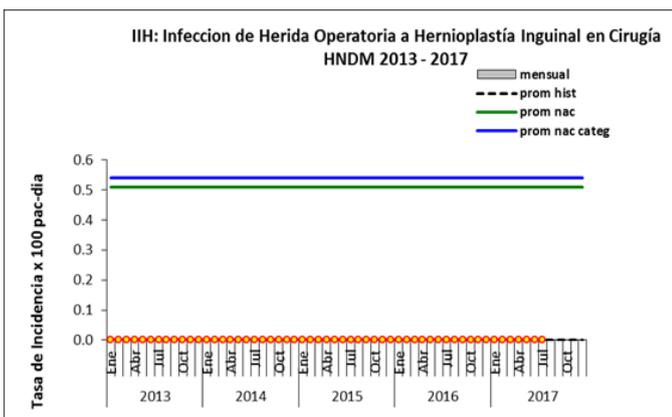


Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

Las Infecciones de Sitio Quirúrgico de Cirugías limpias está considerada como un excelente indicador de calidad por toda institución hospitalaria, por lo que constituyen una prioridad en la vigilancia de infecciones intrahospitalarias.

En el presente gráfico observamos que durante el mes de julio no se reportaron casos de infección de sitio quirúrgico en colecistectomía, se vigilaron 56 pacientes sometidos a Colecistectomía.

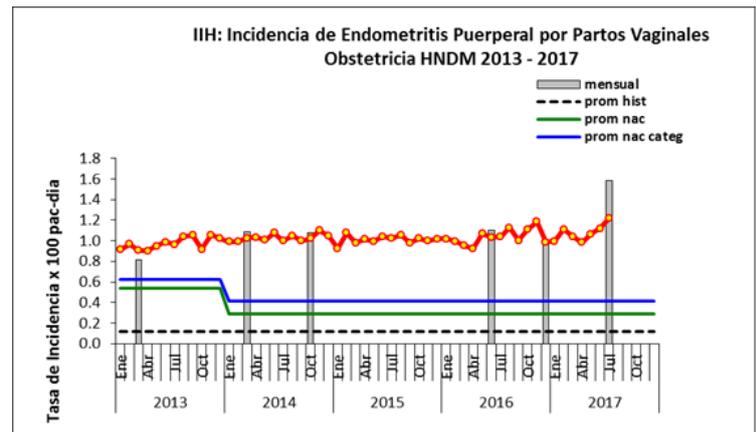
**Gráfico N° 1.10: DENSIDAD DE INCIDENCIA DE INFECCIÓN DE HERIDA OPERATORIA A HERNIOPLASTÍA INGUINAL EN CIRUGÍA HNDM 2013 – 2017**



Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

En el presente gráfico observamos que no hay casos reportados de Infección de Sitio quirúrgico asociado a Hernio plastia Inguinal desde el año 2013, inclusive hasta el mes de julio del año 2017, durante este mes se vigilaron 14 pacientes sometidos a hernioplastia. Las infecciones de herida operatoria es uno de los objetivos principales de los protocolos de prevención de las infecciones nosocomiales, teniendo en cuenta que son el origen de muchas complicaciones postoperatorias y responsables de la cuarta parte de las IIH de los pacientes que se someten a cirugía.

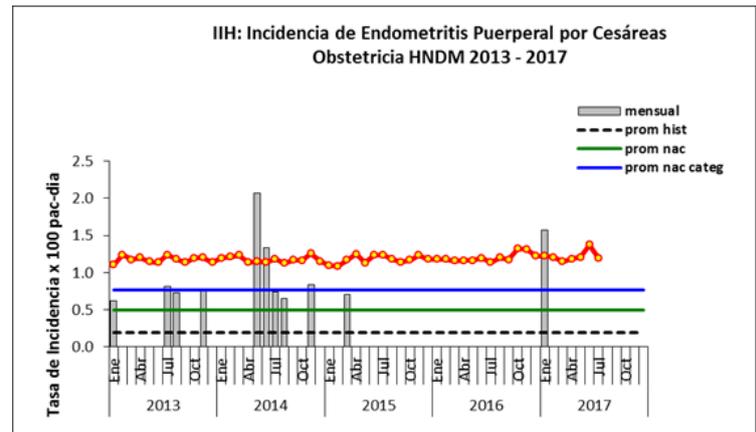
**Gráfico N° 1.11: DENSIDAD DE INCIDENCIA DE ENDOMETRITIS PUERPERAL POR PARTO VAGINAL EN OBSTETRICIA HNDM 2013 - 2017**



Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

Durante el mes de julio del año 2017 se ha presentado un caso de endometritis puerperal por parto vaginal, que representa una tasa de densidad de 1.59 x 100 partos. El uso de la 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 vaginales atendidos fue de 63, durante el mes de julio 2017.

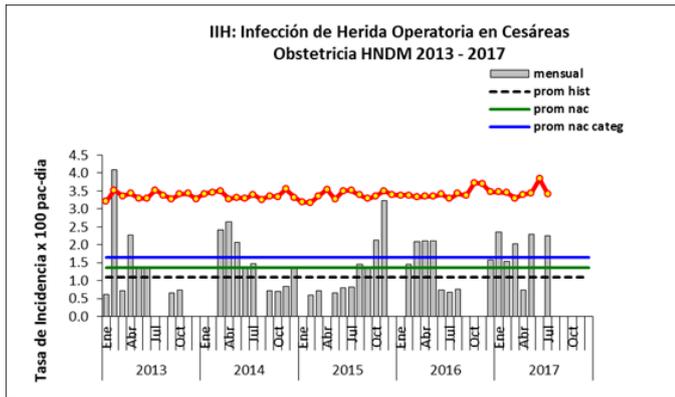
**Gráfico N° 1.12: DENSIDAD DE INCIDENCIA DE ENDOMETRITIS PUERPERAL POR CESÁREAS EN OBSTETRICIA HNDM 2013 - 2017**



Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

En el mes de julio del 2017 no se han reportado casos de endometritis puerperal por cesárea. La presencia de endometritis puerperal por cesárea, está relacionada al número de tactos vaginales realizados antes de la cesárea, sin embargo en ésta juegan roles importantes también los antecedentes maternos que pudieran contribuir a la presencia de endometritis. Las Cesáreas realizadas fueron 133 durante el mes de julio.

**Gráfico N° 1.13: DENSIDAD DE INCIDENCIA DE INFECCIÓN DE HERIDA OPERATORIA EN CESÁREAS EN OBSTETRICIA HNDM 2013 – 2017**

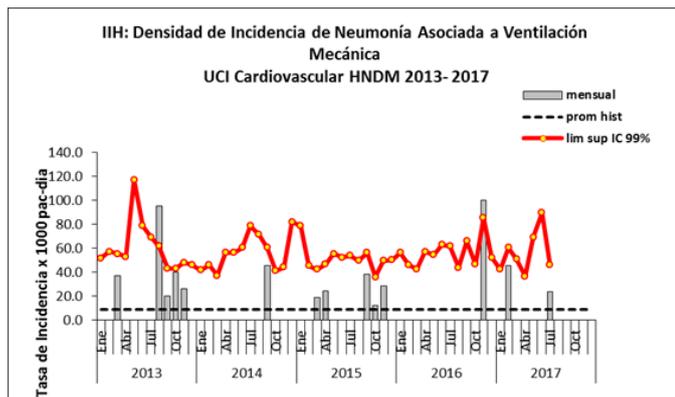


Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

En el gráfico podemos observar que durante el mes de julio del 2017 se han reportado tres casos de Infección de Herida Operatoria en Cesárea, en relación al mes anterior se incrementaron las cesáreas, las mismas fueron 133 durante el mes de julio. Es importante el cumplimiento de las acciones de prevención durante el peri operatorio a toda paciente que se realiza una cesárea.

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

**Gráfico N° 1.14: DENSIDAD DE INCIDENCIA DE NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA HNDM 2013 – 2017**

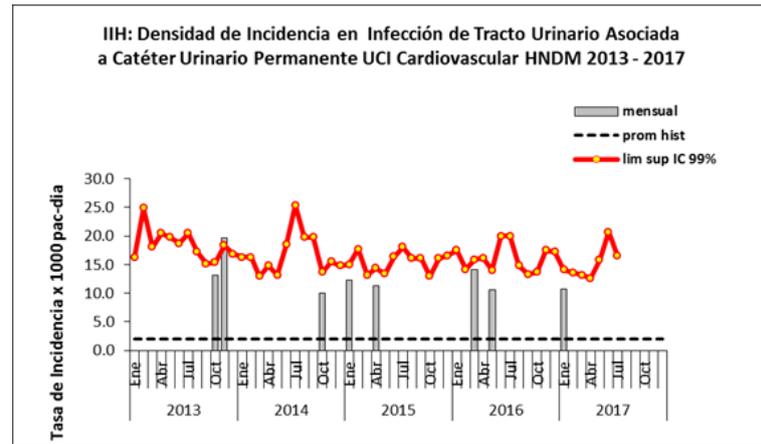


Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

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

Durante el mes de Julio del 2017, se ha registrado un caso de Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica, que representa una tasa de densidad de incidencia de 23.81 x 1000 días/vm. Se vigilaron 08 pacientes con 42 días de exposición.

**Gráfico N° 1.15: DENSIDAD DE INCIDENCIA DE INFECCIÓN DE TRACTO ASOCIADA A CATETER URINARIO PERMANENTE UCI CARDIOVASCULAR HNDM 2013 – 2017**

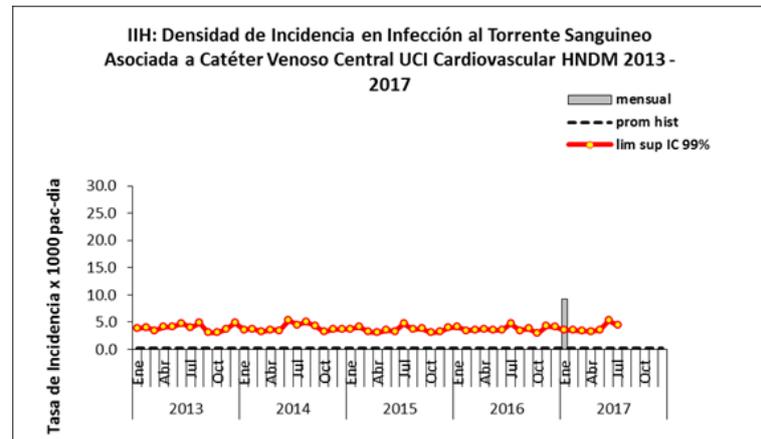


Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

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

Durante este mes se vigilaron 10 pacientes con 65 días de exposición.

**Gráfico N° 1.16: DENSIDAD DE INCIDENCIA DE INFECCIÓN DE TORRENTE SANGUINEO ASOCIADA A CATÉTER VENOSO CENTRAL EN UCI CARDIOVASCULAR HNDM 2013 – 2017**

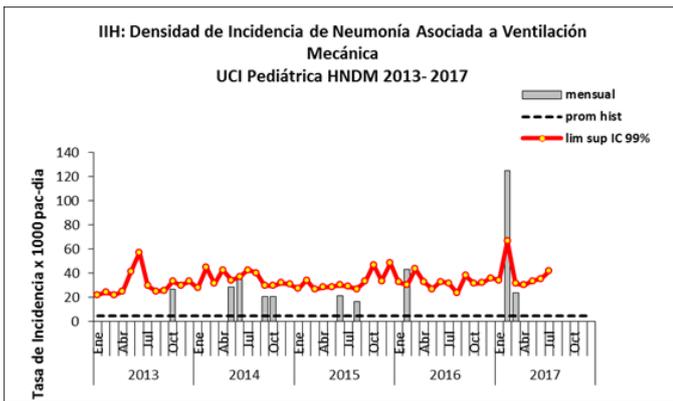


Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

Referente a la Infección del Torrente Sanguíneo asociado a Catéter Venoso Central en la Unidad de Cuidados Intensivos cardiovascular, no se registraron casos en el mes de Julio del 2017. Se vigilaron 9 pacientes con 69 días de exposición.

Se está cumpliendo con las medidas de prevención de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud durante la inserción y mantenimiento del catéter venoso central.

**Gráfico N° 1.17: DENSIDAD DE INCIDENCIA DE NEUMONIA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA EN UCI PEDIÁTRICA HNDM 2013 – 2017**

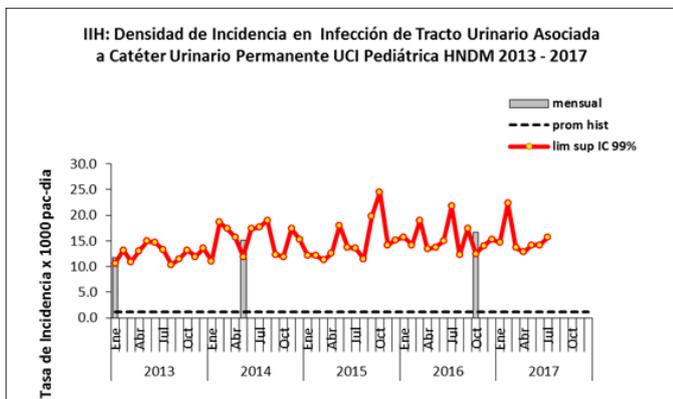


Fuente: Base de datos del VEA OESA -HNDM

En la Unidad de Cuidados Intensivos de Pediatría, durante el mes de julio del año 2017, no se han reportado casos de Neumonía asociada a Ventilación Mecánica.

Durante este mes se observaron 3 pacientes sometidos a Ventilación Mecánica con 22 días de exposición.

**Gráfico N° 1.18 DENSIDAD DE INCIDENCIA DE INFECCIÓN DE TRACTO URINARIO ASOCIADA A CATÉTER URINARIO PERMANENTE EN UCI PEDIÁTRICA HNDM 2013 – 2017**

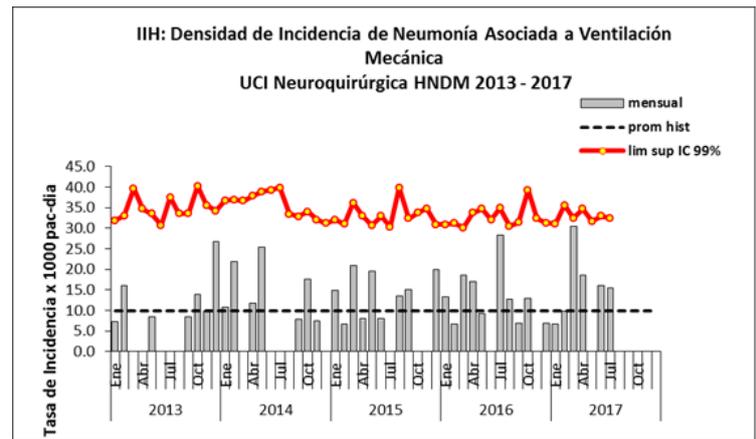


Fuente: Base de datos del VEA OESA -HNDM

En la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica, durante el mes de julio del año 2017 no se han reportado casos de Infección Urinaria Asociada a Catéter Urinario Permanente. Se vigilaron 04 paciente con 36 días de exposición.

En el servicio 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° 1.19: DENSIDAD DE INCIDENCIA DE NEUMONIA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA EN UCI NEUROQUIRÚRGICA HNDM 2013 – 2017**

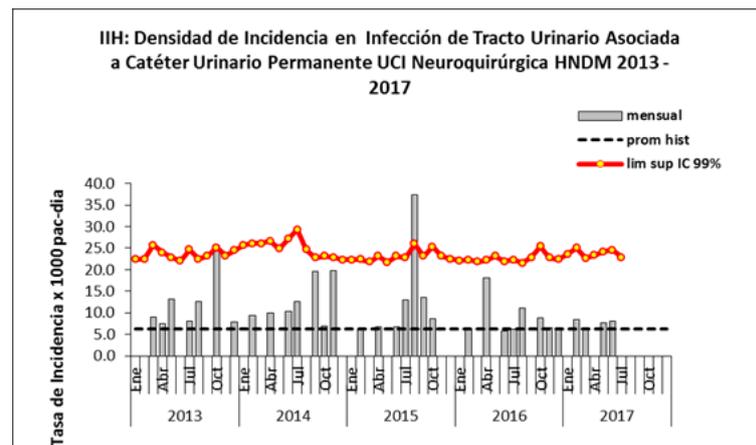


Fuente: Base de datos del VEA OESA -HNDM

La tendencia de las Tasas de Neumonías Asociadas a Ventilación Mecánica en UCI Neuroquirúrgica desde el año 2013 es mantenerse por encima del promedio histórico como lo sucedido en los meses anteriores. Durante el mes de Julio se registraron dos casos de Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica, con una Tasa de Densidad de Incidencia de 15.38 x 1000 días/V.M.

Se vigilaron 14 pacientes con 130 días de exposición, en el servicio se continua aplicando la metodología Bundle como medida preventiva.

**Gráfico N° 1.20: DENSIDAD DE INCIDENCIA DE INFECCIÓN DE TRACTO URINARIO ASOCIADA A CATÉTER URINARIO PERMANENTE EN UCI NEUROQUIRÚRGICA HNDM 2013 - 2017**

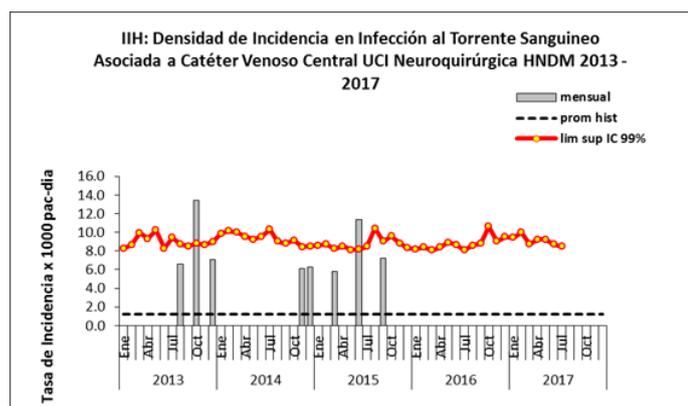


Fuente: Base de datos del VEA OESA -HNDM

En el mes de julio del año 2017, en la Unidad de Cuidados Intensivos Neuroquirúrgica no se reportaron casos de Infección Urinaria Asociada a Catéter. En el mes se vigilaron 18 pacientes con 152 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° 1.21: DENSIDAD DE INCIDENCIA DE INFECCIÓN DE TORRENTE SANGUÍNEO ASOCIADA A CATÉTER VENOSO CENTRAL EN UCI NEUROQUIRÚRGICA HNDM 2013 - 2017**



Fuente: Base de datos del VEA OESA –HNDM

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

Durante el año 2016 e inclusive hasta el mes de Julio del año 2017 no se reportaron casos. En el mes se vigilaron 21 pacientes con 161 días de exposición.

## 2. DAÑOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA DE JULIO DEL 2017

**Tabla N° 2.1 Distribución de casos según sexo – julio 2017**

SEXO	Nº	%
Femenino	4	16%
Masculino	21	84%
<b>Total general</b>	<b>25</b>	<b>100%</b>

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Del total de daños notificados en el mes de julio del año 2017, el 16% pertenece al género femenino y el 84% restante al masculino.

**Tabla N° 2.2: Distribución de casos según grupo etario – julio**

GRUPO ETARIO	Nº	%
Menores 1 año	2	8%
1-9 años	1	4%
10-19 años	2	8%
20-64 años	20	80%
65 a más	0	0%
<b>Total general</b>	<b>25</b>	<b>100%</b>

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Se reportaron un total de 25 daños de notificación obligatoria durante el mes de Julio 2017, de los cuales el 80% corresponde al grupo etario de 20 a 64 años, seguido de los menores de 1 año (8%).

**Tabla N° 2.3: Distribución de casos según daño de notificación – julio 2017**

DAÑO	Nº	%
Hepatitis B	6	24%
Dengue Con Señales De Alarma	4	16%
Leptospirosis	3	12%
Fiebre amarilla selvática	3	12%
Síndrome de Guillain-Barre	3	12%
Dengue Sin Señales De Alarma	1	4%
Parálisis Flácida Aguda	1	4%
Bartonelosis no especificada	1	4%
Tos ferina	1	4%
Malaria P. Vivax	1	4%
Influenza	1	4%
<b>Total general</b>	<b>25</b>	<b>100%</b>

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Del total de daños notificados, el 24% corresponden a Hepatitis B (6); seguido de los casos de Dengue con señales de alarma 16% (4) y de Leptospirosis, Fiebre Amarilla y Síndrome de Guillain Barré (12%).

**Tabla N° 2.4: Distribución de casos según lugar probable de adquisición de la infección – julio 2017**

LUGAR PROBABLE	Nº	%
LIMA	10	40%
LORETO	6	24%
UCAYALI	3	12%
SAN MARTIN	3	12%
AYACUCHO	2	8%
CALLAO	1	4%
<b>Total general</b>	<b>25</b>	<b>100%</b>

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

El 40% de los casos proceden de Lima, ya que es la ciudad que concentra la mayor población del país, seguido de los Dptos. de Loreto, Ucayali, San Martín y Ayacucho (24%,12% y 8% respectivamente).

**Tabla N° 2.5: Distribución de casos según tipo de diagnóstico – julio 2017**

TIPO DE DIAGNÓSTICO	Nº	%
Confirmado	11	44%
Descartado	10	40%
Probable	4	16%
<b>Total general</b>	<b>25</b>	<b>100%</b>

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

El 44%(11) de los casos fueron confirmados, descartándose un 40% (10), quedando como probables un 16%, que corresponden a Fiebre

Amarilla, Influenza, Parálisis Flácida, por estar pendiente los resultados del INS.

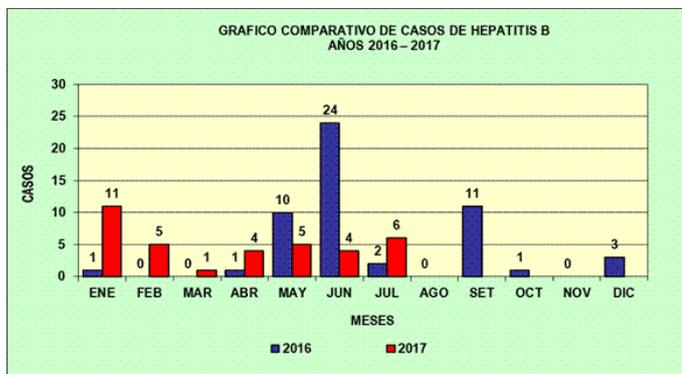
Tabla N° 2.6: Casos confirmados de daños de notificación

DAÑO	Nº	%
Hepatitis B	6	55%
Síndrome de Guillain-Barre	2	18%
Bartonelosis no especificada	1	9%
Dengue Con Señales De Alarma	1	9%
Malaria P. Vivax	1	9%
<b>Total general</b>	<b>11</b>	<b>100%</b>

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Del total de casos confirmados en el mes de Julio 2017, el 55% (6) corresponden a las Hepatitis "B", seguido de los Síndromes de Guillain Barré 18% (2); en menor % los casos de Dengue, Bartonelosis y Malaria (9%).

Gráfico N° 2.1: Comparativo de casos de Hepatitis B



Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Observamos que los casos de Hepatitis "B" durante el mes de Julio 2017, se incrementaron ligeramente en relación al mes anterior. Durante los meses de Febrero y Marzo 2016 no se procesaron muestras para Hepatitis B, por falta de reactivos en Laboratorio del Hospital.

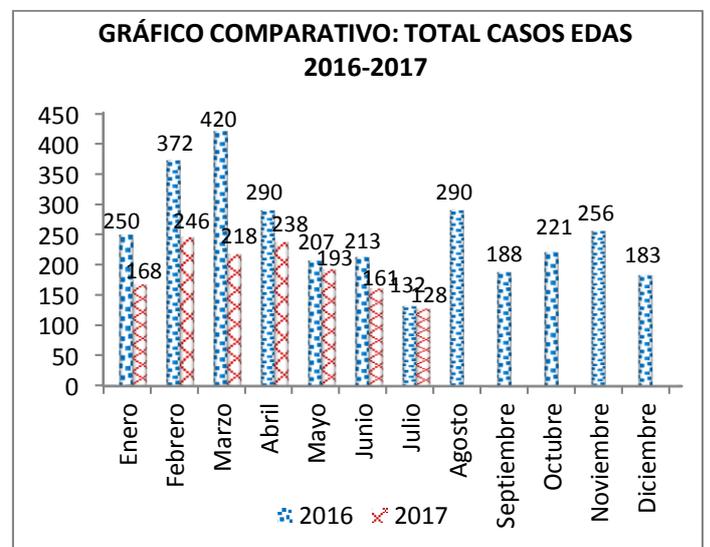
Tabla N° 2.7: Atenciones de diarrea acuosa aguda según grupo etario y distrito de procedencia – julio 2017

DISTRITO	Nº DE CASOS			Total
	< 1 a	1-4 a	5 a+	
LIMA	13	25	55	93
LA VICTORIA	10	9	1	20
EL AGUSTINO	1	2	2	5
SAN LUIS	0	3	0	3
SAN JUAN DE LURIGANCHO	0	1	1	2
TRANSITO	0	0	1	1
CALLAO	1	0	0	1
LOS OLIVOS	0	1	0	1
ATE	0	1	0	1
SAN BORJA	1	0	0	1
<b>Total general</b>	<b>26</b>	<b>42</b>	<b>60</b>	<b>128</b>

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Se notificaron un total de 128 episodios de Diarrea Acuosa Aguda, siendo el grupo etario más afectado los mayores de 5 años a más y los distritos de Lima y La Victoria los de mayor procedencia por ser aledaños a la institución.

Gráfico N° 2.2: Gráfico comparativo del total de casos de EDA 2016 – 2017



Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Comparando las atenciones de EDAS en relación al año 2016, se observa que éstas han disminuido significativamente en los meses de

verano; manteniéndose una tendencia de descenso en el presente año 2017.

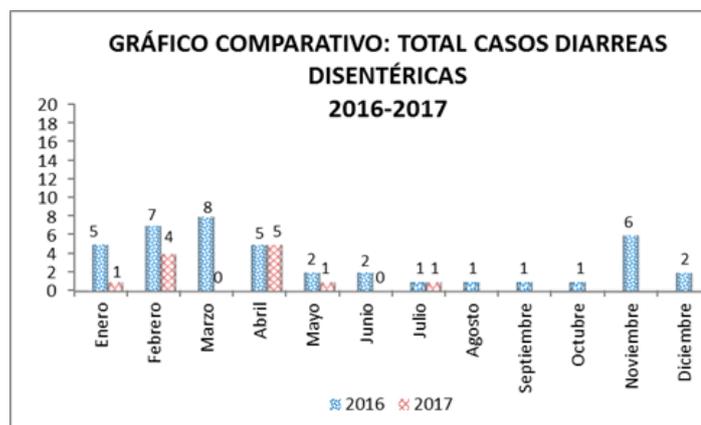
Tabla N° 2.8: Tabla Comparativa del Total de casos de EDA por grupo etario 2016 – 2017.

Mes	< 1 año		1-4 años		5 años a +	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017
<b>Enero</b>	19	14	83	58	148	96
<b>Febrero</b>	57	47	116	87	199	112
<b>Marzo</b>	73	38	129	60	218	120
<b>Abril</b>	51	31	106	70	133	137
<b>Mayo</b>	42	34	85	43	80	116
<b>Junio</b>	34	32	95	45	84	84
<b>Julio</b>	20	26	50	42	62	60
<b>Agosto</b>	39		132		119	
<b>Septiembre</b>	23		70		95	
<b>Octubre</b>	48		67		106	
<b>Noviembre</b>	42		59		155	
<b>Diciembre</b>	30		67		86	

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Los episodios de Edas se han presentado mayormente en el grupo etario de 5 años a más, seguido de los niños de 1 a 4 años. Los meses de Enero, Febrero y Marzo se han reportado el mayor número de episodios de ésta patología; observándose un comportamiento estacional.

Gráfico N° 2.3: Total de casos de diarreas disintéricas 2016 – 2017



Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Respecto a las EDAS Disintéricas, observamos disminución en el presente año 2017, en relación al año anterior, en los meses de Marzo, Mayo y Junio 2017 no se reportaron episodios por esta infección.

Tabla N° 2.9: Atenciones de Infección Respiratoria Aguda según grupo etario y distrito de procedencia – julio 2017

DISTRITO	N° DE CASOS			Total
	< 2 m	2-11 m	1-4 a	
LIMA	4	51	119	174
LA VICTORIA	1	26	41	68
EL AGUSTINO	0	2	6	8
SAN LUIS	0	3	2	5
RIMAC	0	2	0	2
ATE	0	0	2	2
SANTA ANITA	0	2	0	2
VILLA EL SALVADOR	0	0	2	2
PUENTE PIEDRA	0	0	2	2
SAN BORJA	0	1	1	2
SURQUILLO	1	0	0	1
SAN MARTIN DE PORRES	0	1	0	1
JESUS MARIA	0	1	0	1
SAN MIGUEL	0	0	1	1
SAN JUAN DE LURIGANCHO	0	0	1	1
<b>Total general</b>	<b>6</b>	<b>89</b>	<b>177</b>	<b>272</b>

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Durante el mes de Julio 2017, se atendieron un total de 272 episodios de IRAS; correspondiendo el mayor número de atenciones al grupo etario de 1 a 4 años de edad (65%) siendo Lima y La Victoria los distritos de mayor procedencia.

Tabla N° 2.10: Casos de Síndrome Obstrutivo Bronquial / Asma según grupo etario distrito de procedencia – julio 2017

DISTRITO	N° DE CASOS		Total
	< 2 a	2-4 a	
LIMA	22	11	33
LA VICTORIA	8	4	12
LURIGANCHO	1	1	2
SAN LUIS	1	0	1
SANTA ANITA	1	0	1
SAN MARTIN DE PORRES	0	1	1
EL AGUSTINO	0	1	1
SAN JUAN DE LURIGANCHO	0	1	1
SAN BORJA	1	0	1
<b>Total general</b>	<b>34</b>	<b>19</b>	<b>53</b>

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Se atendieron un total de 53 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.

Tabla N° 2.11: Casos de Neumonía según grupo etario y distrito de procedencia – julio 2017

DISTRITO	Nº DE CASOS						Total
	< 2-11 m	1-4 a	5-9 a	10-19 a	20-59 a	60 a +	
LIMA	0	0	0	2	2	5	9
LA VICTORIA	0	0	0	0	0	6	6
SAN JUAN DE LURIGANCHO	0	0	1	0	0	0	1
LA MOLINA	0	0	0	0	0	1	1
<b>Total general</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>12</b>	<b>17</b>

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 de 10 a 19 y 20 y 59 años.

Tabla N° 2.12: Hospitalizados de Neumonía según grupo etario y distrito de procedencia – julio 2017 DISTRITO	Nº DE CASOS							Total
	< 2 m	< 2-11 m	1-4 a	5-9 a	10-19 a	20-59 a	60 a +	
LIMA	0	3	4	0	0	1	4	12
LA VICTORIA	0	0	1	0	0	0	6	7
SAN JUAN DE LURIGANCHO	1	0	0	0	0	0	0	1
LA MOLINA	0	0	0	0	0	0	1	1
<b>Total general</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>11</b>	<b>21</b>

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Se hospitalizaron un total de 21 pacientes por Neumonía. El grupo etario más afectado fueron adultos mayores de 60 años a más, seguido por los niños de 1 a 4 años de edad, siendo Lima y La Victoria los distritos de mayor procedencia.

Tabla N° 2.13 Casos hospitalizados de Neumonía Grave y Enfermedad muy grave según grupo etario y distrito de procedencia – julio 2017

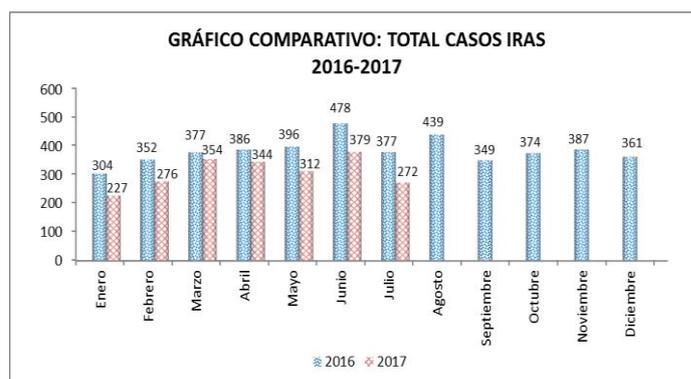
DISTRITO	Nº DE CASOS			Total
	< 2 m	< 2-11 m	1-4 a	
LIMA	0	3	4	7

SAN JUAN DE LURIGANCHO	1	0	0	1
LA VICTORIA	0	0	1	1
<b>Total general</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>9</b>

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Durante el mes de Julio 2017 se hospitalizaron un total de 9 pacientes por Neumonía Grave en el servicio de Emergencia Pediatría y San Camilo; correspondiendo el mayor número de casos al grupo etario de 1 a 4 años de edad.. Lima fue el distrito de mayor procedencia.

Gráfico N° 2.4 Gráfico comparativo total casos IRAS 2016- 2017



Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

En relación al año anterior, en el presente año 2017, las atenciones por IRAS han disminuido, sobre todo en el grupo etario de 1 a 4 años de edad.

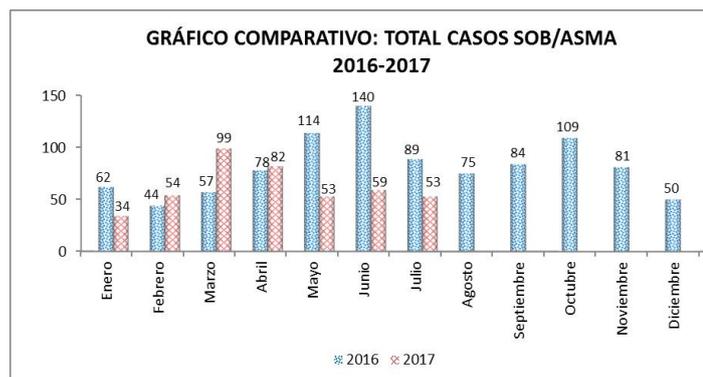
Tabla N° 2.14 Tabla comparativo: Total casos IRAs por grupo etario 2016 – 2017

Mes	< 2 meses		2-11 meses		1-4 años	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017
Enero	6	5	115	66	183	156
Febrero	7	14	95	103	250	159
Marzo	13	16	106	146	258	192
Abril	11	7	104	103	271	234
Mayo	12	15	121	126	263	171
Junio	17	16	177	123	284	240
Julio	19	6	136	89	222	177
Agosto	82		160		270	
Septiembre	3		105		241	
Octubre	10		125		239	
Noviembre	10		129		248	
Diciembre	19		112		230	

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Las atenciones de IRAS han disminuido en el presente año 2017 en relación al año anterior, correspondiendo el mayor número de atenciones al grupo etario de 1 a 4 años de edad, seguido de los lactantes de 2 a 11 meses.

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



Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Las atenciones de SOB/Asma se incrementaron en los meses de Febrero, Marzo y Abril del presente año, en relación al año anterior, para disminuir en Mayo, Junio y Julio 2017. El grupo etario más afectado fueron los menores de 2 años.

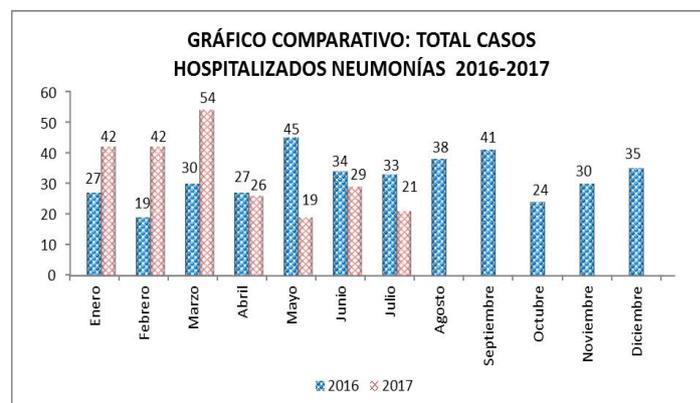
Tabla N° 2.15: Total de casos SOB/ASMA 2016-2017.

Mes	< 2 años		2-4 años	
	2016	2017	2016	2017
Enero	29	21	33	13
Febrero	24	37	20	17
Marzo	24	65	33	34
Abril	42	62	36	20
Mayo	80	30	34	23
Junio	80	33	60	26
Julio	52	34	37	19
Agosto	52		37	
Septiembre	47		37	
Octubre	73		36	
Noviembre	29		29	
Diciembre	37		13	

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Las atenciones de SOB/Asma se incrementaron en los meses de febrero, marzo y abril del presente año, en relación al año anterior, para disminuir en mayo y junio 2017 en un 70% comparado a mayo 2016. El grupo etario más afectado fueron los menores de 2 años.

Gráfico N° 2.6 Total de casos de hospitalizados Neumonía 2016-2017



Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Durante el mes de Julio 2017 se hospitalizaron un total de 21 pacientes por Neumonía; en relación al año 2016; los casos han disminuido; siendo los grupos etarios más afectados por esta infección los niños de 1 a 4 años de edad, seguido de los lactantes de 2 a 11 meses.

Tabla N° 2.16 Tabla Comparativo: Total Casos Neumonías grave por Grupo Etario.

Mes	< 2 meses		2-11 meses		1-4 años	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017
Enero	-	2	6	4	12	6
Febrero	1	4	3	15	8	8
Marzo	2	1	5	13	9	20
Abril	1	4	5	7	11	10
Mayo	1	1	7	6	20	6
Junio	2	1	7	6	10	5
Julio	2	1	5	3	7	5
Agosto					1	
Septiembre	4		7		14	
Octubre	-		4		9	
Noviembre	3		8		7	
Diciembre	1		9		10	

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Respecto a las Neumonías Graves durante el mes de Julio 2017 los casos han disminuido en relación al año 2016; siendo los grupos etarios más afectados por estas infecciones los niños de 1 a 4 años de edad, seguido de los lactantes de 2 a 11 meses.

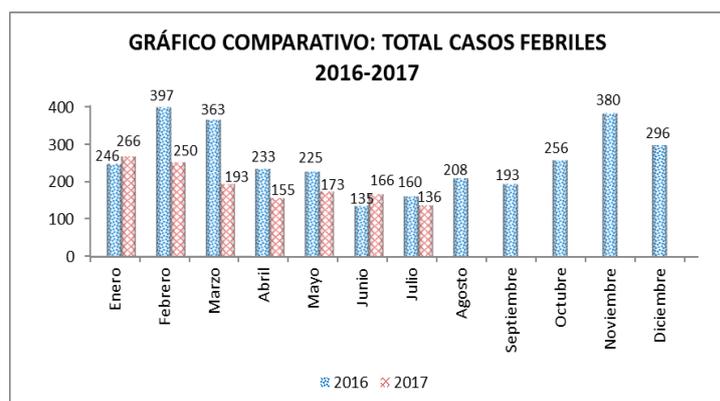
Tabla N° 2.17 Atenciones de Febriles según grupo etario y distrito de procedencia – Julio 2017.

DISTRITO	N° DE CASOS						Total
	< 1 a	1-4 a	5-9 a	10-19 a	20-59 a	60 a +	
LIMA	24	47	11	3	17	7	109
LA VICTORIA	5	9	4	0	0	0	18
SAN LUIS	0	2	1	0	0	0	3
EL AGUSTINO	0	0	2	1	0	0	3
SAN JUAN DE LURIGANCHO	1	1	0	0	0	0	2
SANTA ANITA	1	0	0	0	0	0	1
<b>Total general</b>	<b>31</b>	<b>59</b>	<b>18</b>	<b>4</b>	<b>17</b>	<b>7</b>	<b>136</b>

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Durante el mes de Julio 2017 las atenciones de febriles han disminuido ligeramente en relación al mes anterior. Las atenciones de febriles en mayor % fueron por causa aparente, generalmente por infecciones respiratorias agudas en los menores de 5 años. Los febriles de etiología a determinar y que reunían criterios de enfermedades metaxénicas (dengue, fiebre amarilla, leptospirosis); fueron investigados, notificados y enviadas las muestras al laboratorio, para su confirmación o descarte.

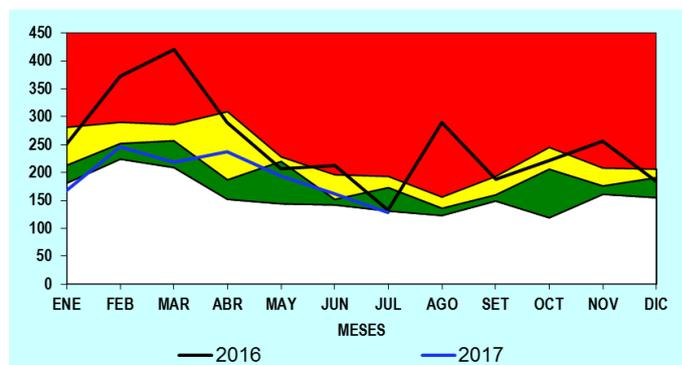
Gráfico N° 2.7 Total de casos Febriles 2016-2017



Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Observamos que en junio 2017 las atenciones de febriles se disminuyeron ligeramente en relación al mes anterior. Las atenciones de febriles en mayor % fueron por causa aparente, generalmente por infecciones respiratorias agudas en los menores de 5 años. Los febriles de etiología a determinar y que reunían criterios de enfermedades metaxénicas fueron investigados, notificados y enviadas las muestras al laboratorio, para su confirmación o descarte.

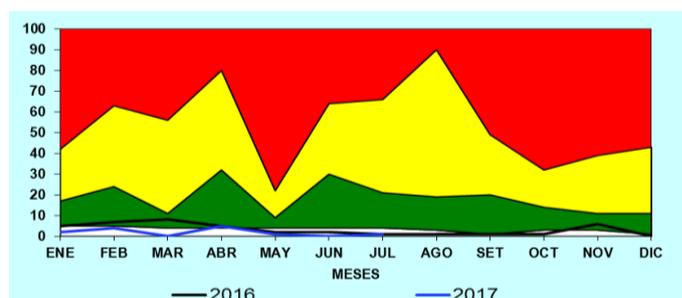
Gráfico N° 2.8 Análisis esperado de atenciones por EDA acuosa – julio 2017



Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Los episodios de Diarrea Acuosa Aguda han disminuido en relación al año 2016, la tendencia en el presente año 2017 es descendente; observándose que en el 2016 los episodios se incrementaron en los meses de verano, reflejando un comportamiento estacional.

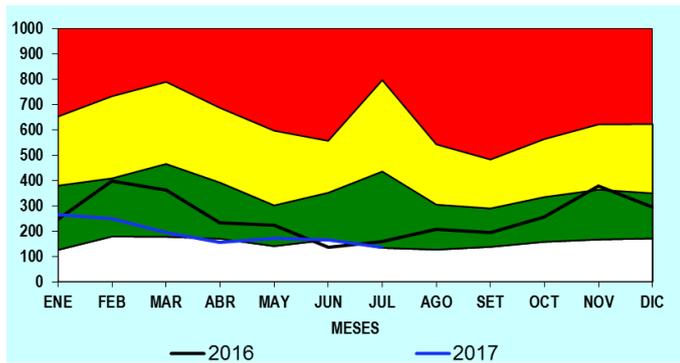
Gráfico N° 2.9 Análisis esperado de atenciones por EDA disintérica – julio 2017



Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Los episodios de Edas Disentéricas han disminuido en relación al año 2016, la tendencia en el presente año es descendente, no presentándose éstas infecciones en los meses de Mayo y Junio 2017.

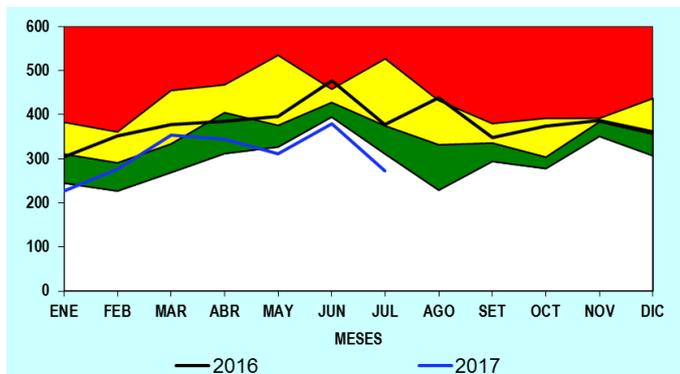
#### Grafico N° 2.10 Análisis esperado de atenciones de febriles – julio 2017



Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Las Atenciones de febriles en el presente año 2017 han disminuido considerablemente en relación al año anterior, observándose incrementos en los meses de verano.

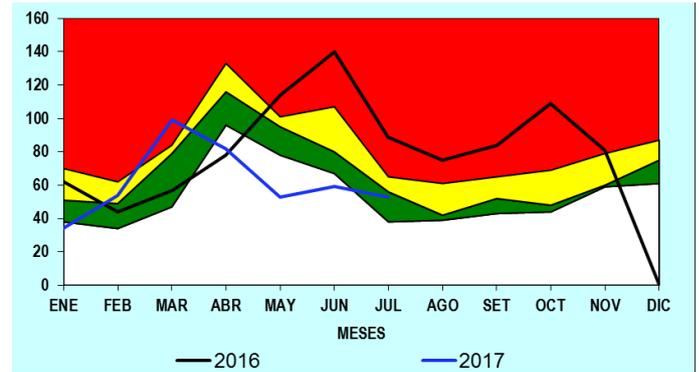
#### Grafico N° 2.11 del comportamiento esperado de IRAS – julio 2017



Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Las IRAS son una de las causas principales de morbilidad y mortalidad en el mundo, sobre todo en países en desarrollo como el nuestro afectando principalmente a los niños menores de 5 años; siendo Lima Metropolitana la ciudad que concentra la mayor proporción de casos del país ya que representa un tercio de la población nacional. Las IRAS siguen un patrón estacional incrementándose en los meses de invierno y cambios de estación. La tendencia de IRAS se mantiene en descenso en el presente año 2017, en relación al año anterior.

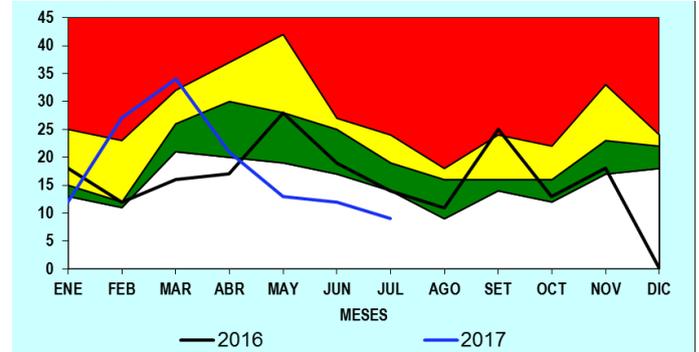
#### Grafico N° 2.12 del comportamiento esperado de SOBA/ASMA – julio 2017



Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Las atenciones de SOBA/ASMA han disminuido en los meses de Mayo, Junio y Julio 2017, en relación al año 2016, mientras que en el año anterior la tendencia fue de incremento en los meses de invierno para ir disminuyendo en los meses posteriores.

#### Grafico N° 2.13 del comportamiento esperado de neumonías graves – julio 2017

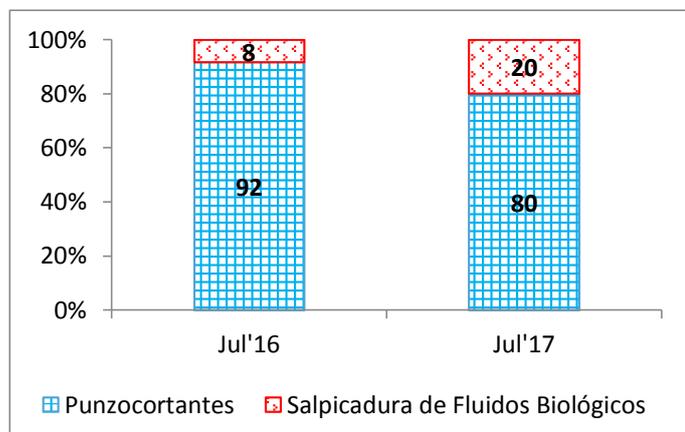


Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

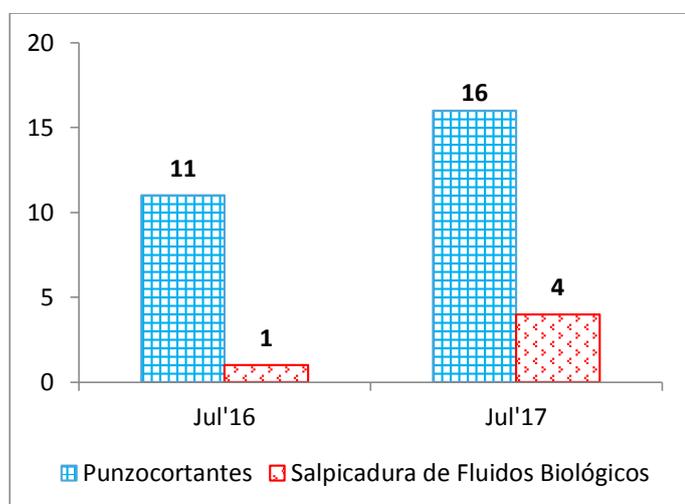
Las atenciones de Neumonías Graves se han incrementado durante los meses de Febrero y Marzo, para ir descendiendo en los meses de Mayo, Junio y Julio 2017, en el año anterior 2016, se observó un comportamiento estacional, de incremento en invierno y cambios de estación y descenso en los meses posteriores.

### 3. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE ACCIDENTES OCUPACIONALES.

**GRÁFICO N° 3.1 COMPARATIVO DE ACCIDENTES LABORALES POR EXPOSICIÓN A FLUIDOS BIOLÓGICOS Y/O OBJETOS PUNZOCORTANTES POR GRUPO OCUPACIONAL – JULIO 2017**



Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales - HNDM



Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales - HNDM

En Julio del 2017, se notificaron 20 casos de Accidentes Laborales por exposición a Fluidos biológicos y/o Objetos punzocortantes con 16 casos (80%), seguido de accidentes laborales por exposición a Fluidos biológicos (20%).

**TABLA N° 3.1 ACCIDENTES LABORALES POR EXPOSICIÓN A FLUIDOS CORPORALES Y/O OBJETOS PUNZOCORTANTES SEGÚN GRUPO OCUPACIONAL – JULIO 2017.**

GRUPO OCUPACIONAL	N°	%
Interno Medicina	6	30
Médico Residente	4	20
Enfermera	5	25

Estudiante de Medicina	1	5
Técnico de Enfermería	3	15
Personal Limpieza	0	0
Estudiante de Enfermería	0	0
Interno de Enfermería	1	5
Técnico de Laboratorio	0	0
Médico Asistente	0	0
Interno Tecnología Médica	0	0
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales – HNDM

Durante Julio del presente año se observa que el Grupo Ocupacional en etapa de entrenamiento son los que presentan la mayor ocurrencia de los Accidentes Laborales por Exposición a Fluidos Biológicos y/o Objetos Punzocortantes (60%), siendo los Internos de Medicina los que presentan el mayor número de casos (30%), seguido de las Enfermeras (25%).

**TABLA N°3.2 ACCIDENTES LABORALES POR EXPOSICIÓN A FLUIDOS CORPORALES Y/O OBJETOS PUNZOCORTANTES SEGÚN SEXO – JULIO 2017**

Sexo	N°	%
Masculino	5	25
Femenino	15	75
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales – HNDM

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 (75%), seguido del sexo masculino (25%).

**Tabla N° 03: ACCIDENTES LABORALES POR EXPOSICION A OBJETOS PUNZOCORTANTES SEGÚN GRUPO ETARIO JULIO – 2017**

Grupo etario	N°	%
De 20 a 29 años	7	44
De 30 a 39 años	5	31
De 40 a 49 años	3	19
De 50 años a más	1	6
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>100</b>

Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales – HNDM

Los Accidentes Laborales por exposición a objetos punzocortantes se han presentado con mayor frecuencia en el grupo etario de 20-29 años (44%), seguido del grupo etario de 30-39 años (31%).

**Tabla N° 04: ACCIDENTES LABORALES POR EXPOSICION A OBJETOS PUNZOCORTANTES SEGÚN SERVICIO DE OCURRENCIA**

Servicio donde labora el trabajador	N°	%
Emergencia Adultos	4	25
Santa Ana	2	13
Consultorios Externos	2	13
Centro Obstétrico	1	6
Cirugía I-3	1	6
San Andrés	1	6
Cirugía I-4	1	6
Quimioterapia	1	6
El Carmen	1	6
San Antonio I	1	6
Julián Arce	1	6
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>100</b>

Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales – HNDM

Se aprecia que el Servicio de mayor ocurrencia de accidentes por objeto punzocortante es Emergencia adultos (25%), seguido de los servicios de Santa Ana y/o Consultorios Externos (13%) respectivamente.

**Tabla N° 05: ACCIDENTES LABORALES POR EXPOSICION A OBJETOS PUNZOCORTANTES SEGÚN TURNO LABORAL**

TURNO LABORAL	N°	%
MAÑANA	7	44
TARDE	4	25
NOCHE	5	31
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>100</b>

Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales – HNDM

La información mostrada también se correlaciona con las actividades asistenciales dado que el mayor porcentaje de accidentes por objetos punzocortantes se registran durante los turnos vespertinos (44%), seguidos del turno Tarde (25%).

**Tabla N° 06: ACCIDENTES LABORALES POR EXPOSICION A OBJETO PUNZOCORTANTE SEGÚN GRADO DE SEVERIDAD DEL ACCIDENTE II TRIMESTRE – 2017**

GRADO DE SEVERIDAD DEL ACCIDENTE	N°	%
SUPERFICIAL	12	75
MODERADO	4	25
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>100</b>

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 75%), moderado (con perforación superficial, escaso sangrado 25%).

**Tabla N° 07: CIRCUNSTANCIAS ASOCIADAS A LOS ACCIDENTES LABORALES POR EXPOSICION A OBJETO PUNZOCORTANTE**

Circunstancias asociadas a los accidentes	N°	%
Durante procedimiento de sutura	3	19
Durante procedimiento de toma de muestra de AGA	3	19
Durante procedimiento de toma de muestra de Hemogluco-test	3	19
Durante segregación de residuos hospitalarios	3	19
Después de uso de material, antes de descartarlo	2	13
Durante un procedimiento (adm. Tto., inserción cvp, cvc, etc.)	1	6
Durante procedimiento Quirúrgico	1	6
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>100</b>

Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales – HNDM

Otro punto importante para el análisis son las circunstancias en las que se desarrolla el accidente por objetos punzocortantes; asociados a los procedimientos de Toma de muestra de gases arteriales, toma de muestra de hemogluco-test, segregación de residuos sólidos y/o durante procedimiento de sutura (19%) respectivamente.

**Tabla N° 08: PERSONAL ACCIDENTADO POR EXPOSICION A OBJETO PUNZOCORTANTE PROTEGIDO CONTRA HEPATITIS B**

PERSONAL	Protegido		No Protegido	
	N°	%	N°	%
<b>CASOS</b>	<b>16</b>	<b>100</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales – HNDM

En el mes de Julio se observa que el 100 % de trabajadores de salud que presentaron accidentes por exposición a objetos punzocortantes cuenta con las Dosis Completas de Vacuna de Hepatitis B.

**Tabla N° 09: ACCIDENTES LABORALES POR EXPOSICION A OBJETO PUNZOCORTANTE SEGUN TIPO DE ARTICULO PUNZOCORTANTE JULIO – 2017**

TIPO DE ARTICULO PUNZOCORTANTE	N°	%
AGUJA HUECA	11	69
QUIRÚRGICO	4	25
VIDRIO	1	6
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>100</b>

Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales – HNDM

El 69 % de los Accidentes Laborales por exposición a objetos punzocortantes fueron ocasionados por aguja hipodérmica hueca, seguido de instrumental quirúrgico (25%).

**Tabla N° 10: ACCIDENTES LABORALES POR EXPOSICION A OBJETO PUNZOCORTANTE SEGUN TIPO DE DISPOSITIVO**

DISPOSITIVO QUE SE USO	N°	%
AGUJAS HIPODERMICAS SOLAS	8	50
AGUJA DE SUTURA	4	25
LANCETA O PUNCIÓN DE DEDO O TALÓN	2	13
JERINGA DESCARTABLE	1	6
AMPOLLA DE MEDICACION	1	6
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>100</b>

Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales – HNDM

En el mes de Julio, el dispositivo específico al que estuvieron relacionados los accidentes laborales por exposición a objetos

punzocortantes fue por aguja hipodérmica (50%), seguido de aguja de sutura (25%).

**Tabla N° 11: ACCIDENTES LABORALES POR EXPOSICION A OBJETO PUNZOCORTANTE SEGÚN LOCALIZACION DE LA LESION.**

Zona de Localización del Accidente	N°	%
Índice derecho, palma	4	25
Dedo medio izquierdo, palma	3	19
Pulgar izquierdo, palma	3	19
Índice izquierdo, palma	2	13
Pulgar derecho, palma	1	6
Anular izquierdo, palma	1	6
Dedo medio derecho, palma	1	6
Muslo, pierna izquierda	1	6
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>100</b>

Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales – HNDM

El 25 % de los accidentes por Objetos punzocortantes según localización de la lesión se presentó en dedo índice derecho, palma.

**Tabla N° 12: ACCIDENTES LABORALES POR EXPOSICION A OBJETOS PUNZOCORTANTES POR TURNO Y SERVICIO DE OCURRENCIA JULIO – 2017**

Servicio donde ocurre el accidente	Mañana	Tarde	Noche	Total
Emergencia Adultos	0	2	2	4
Consultorios Externos	1	0	1	2
Santa Ana	2	0	0	2
Cirugía I-3	1	0	0	1
San Andrés	1	0	0	1
Quimioterapia	1	0	0	1
Cirugía I-4	0	0	1	1
Julián Arce	0	0	1	1
El Carmen	0	1	0	1
San Antonio I	1	0	0	1
Centro Obstétrico	0	1	0	1
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>16</b>

En el mes de Julio, se aprecia que los accidentes por exposición a objetos punzocortantes por turno y Servicio de ocurrencia se presentó con mayor frecuencia en el Servicio de Emergencia Adultos.

### Accidentes Laborales Por Exposición A Sangre Y Fluidos Corporales JULIO – 2017:

**Tabla N° 13: ACCIDENTES LABORALES POR EXPOSICION A SANGRE Y FLUIDOS CORPORALES (SALPICADURAS) SEGÚN GRUPO OCUPACIONAL**

GRUPO OCUPACIONAL	N°	%
Interno Medicina	2	50
Técnico de Enfermería	2	50
<b>TOTAL</b>	<b>4</b>	<b>100</b>

Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales – HNDM

En Julio, se aprecia que los Internos de Medicina y/o Técnicos de Enfermería han presentado la ocurrencia de accidentes laborales por exposición a sangre y fluidos corporales (50%) respectivamente.

**Tabla N° 14: ACCIDENTES LABORALES POR EXPOSICION A SANGRE Y FLUIDOS CORPORALES (SALPICADURAS) SEGÚN SEXO**

SEXO	N° ACUM	% ACUM
Femenino	2	50
Masculino	2	50
<b>TOTAL</b>	<b>4</b>	<b>100</b>

Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales – HNDM

Los accidentes laborales por exposición a sangre y fluidos corporales (Salpicaduras) fueron ocasionados en el sexo femenino y/o sexo masculino (50%) respectivamente.

**Tabla N° 15: ACCIDENTES LABORALES POR EXPOSICION A OBJETOS PUNZOCORTANTES SEGÚN GRUPO ETARIO**

Grupo etario	N°	%
De 20 a 29 años	3	75
De 30 a 39 años	0	0
De 40 a 49 años	0	0
De 50 años a más	1	25
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>100</b>

Los Accidentes Laborales por exposición a Sangre y/o Fluidos Biológicos se presentó en el Grupo atareó de 20-29 y/o 30-39 años (50%) respectivamente.

**Tabla N° 16: ACCIDENTES LABORALES POR EXPOSICION A SANGRE Y FLUIDOS CORPORALES (SALPICADURAS) SEGÚN SERVICIO DE OCURRENCIA**

Servicio donde labora el trabajador	N°	%
Consultorios Externos	2	50
Cirugía I-3	1	25
Emergencia Adultos	1	25
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>100</b>

Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales – HNDM

El servicio de Consultorios Externos presentaron los casos de Accidentes laborales por exposición a Sangre y Fluidos corporales (50%), y los servicios de Cirugía I-3 y/o Emergencia adultos (25%) respectivamente.

**Tabla N° 17: CIRCUNSTANCIAS ASOCIADAS A LOS ACCIDENTES LABORALES POR EXPOSICION A SANGRE Y FLUIDOS CORPORALES (SALPICADURAS) JULIO – 2017**

CIRCUNSTANCIA	N° ACUM	% ACUM
Durante un procedimiento de sutura	1	25
Durante un procedimiento (adm. Tto., inserción cvp, cvc, etc.)	1	25
Durante el uso de material	1	25
Antes de usar el material	1	50
<b>TOTAL</b>	<b>4</b>	<b>100</b>

Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales – HNDM

En el mes de Julio se aprecia que las circunstancias asociadas a los accidentes laborales por exposición a sangre y fluidos biológicos (Salpicaduras) presentaron (25%) respectivamente.

**Tabla N° 18: ACCIDENTES LABORALES POR EXPOSICION A SANGRE Y FLUIDOS CORPORALES (SALPICADURAS) SEGÚN LOCALIZACION DE LA LESION**

ZONA EXPUESTA	N°	%
Cara, ojo derecho	1	25
Cara, ojo izquierdo	1	25
Cara	1	25
Boca, frente	1	25
<b>TOTAL</b>	<b>2</b>	<b>100</b>

Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales – HNDM

En el mes de Julio, la localización de la lesión de los accidentes laborales por exposición a sangre y fluidos biológicos (Salpicaduras) fue (25%) respectivamente.

**Tabla N° 19: PERSONAL ACCIDENTADO POR EXPOSICION A SANGRE Y FLUIDOS CORPORALES (SALPICADURAS) PROTEGIDO CONTRA HEPATITIS B**

PERSONAL	Protegido		No Protegido	
	Nº	%	Nº	%
<b>CASOS</b>	<b>4</b>	<b>100</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales – HNDM

El 100% del personal de salud que presentó accidentes por exposición a sangre y fluidos corporales cuenta con las Dosis completas de Vacuna de Hepatitis B.

**Tabla N° 20: ACCIDENTES LABORALES POR EXPOSICION A SANGRE Y FLUIDOS BIOLÓGICOS (SALPICADURAS) POR TURNO Y SERVICIO DE OCURRENCIA**

SERVICIO	TURNO			Nº
	MAÑANA	TARDE	NOCHE	
Consultorios Externos	0	0	2	2
Cirugía I-3	1	0	0	1
Emergencia Adultos	1	0	0	1
<b>TOTAL</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>4</b>

Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales – HNDM

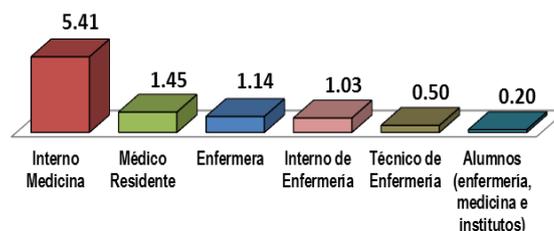
En Julio, se observa que los accidentes por exposición a sangre y fluidos biológicos según servicio y turno de ocurrencia se han presentado en los Servicios de Consultorios Externos durante el turno nocturno.

**Tabla N° 21: TASA DE ACCIDENTABILIDAD POR GRUPO OCUPACIONAL JULIO – 2017**

Grupo Ocupacional	Nº	Población	Tasa
Interno Medicina	6	111	5.41
Médico Residente	4	276	1.45
Enfermera	5	440	1.14
Interno de Enfermería	1	97	1.03
Técnico de Enfermería	3	600	0.50
Alumnos (enfermería, medicina e institutos)	1	500	0.20
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>		

Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales – HNDM

**Gráfico N° 03: Tasa de Accidentabilidad por Grupo Ocupacional**



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 (5.41%), seguido de los Médicos residentes (1.45%).

#### 4. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE MORTALIDAD NEONATAL Y FETAL.

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

**Gráfico N° 4.1 Distribución de mortalidad fetal y neonatal – julio 2017.**

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



Fuente:

Base de datos del VEA-HNDM

La Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Neonatal y Perinatal ha permitido caracterizar el perfil epidemiológico de la mortalidad en este grupo de edad en la Institución. En Julio del presente año, se ha notificado solo un caso de Mortalidad neonatal, no se presentaron muertes fetales.

En el acumulado de Muertes perinatales (Fetales más neonatales), se registran 25 muertes perinatales notificados, siendo las más frecuentes las muertes fetales 15 casos (60%), seguidos de las muertes neonatales 10 (40%). (Ver gráfico).

**Tabla N° 4.1 Muertes Fetales y Neonatales, según peso al nacer y Tipo de Parto, según peso al nacer y momento de muerte – hasta julio 2017**

Peso/Denominación	Tipo Parto		Muerte Fetal			Tipo Parto		Muerte Neonatal			
	V	C	A P	I P	To tal	V	C	< 24 Horas	1-7 Días	8-28 Días	To tal
500 - 999 grs	2	0	2	0	2	4	2	3	3	0	6
1000 - 1499 grs	2	0	2	0	2	0	1	0	1	0	1
1500 - 1999 grs	2	2	4	0	4	0	0	0	0	1	1
2000 - 2499 grs	2	2	3	1	4	0	0	0	0	0	0
2500 - 2999 grs	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1
3000 - 3499 grs	2	0	2	0	2	0	0	0	0	0	0
3500 - 3999 grs	0	1	1	0	1	1	0	0	0	1	1
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
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>5</b>	<b>14</b>	<b>1</b>	<b>15</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>10</b>

Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

Hasta Julio del presente año en la Tabla N° 01 (Aplicativo Analítico BABIES), se observa que el perfil epidemiológico de las 15 muertes fetales, presentan edades gestacionales de 23 a 40 semanas, con pesos de 500 – 3.999 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 10 natimueertos de parto vaginal y 05 por cesárea. Un 75% de muertes perinatales tienen pesos por debajo de 1500 gr. (15/25).

El perfil epidemiológico de las muertes neonatales muestra edades gestacionales de los fallecidos de 22 a 41 semanas, con pesos al nacer de 500 - 3.999 gramos, con insuficientes CPN, nacidos de parto vaginal (05) y nacidos de parto por Cesárea (04); siendo la causa básica de mortalidad neonatal la Prematuridad Extrema, consistente con la mayor frecuencia de bajo peso al nacer.

**Tabla N° 4.2 Muerte fetal según codificación CIE 10 y peso al nacimiento – hasta julio 2017**

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 ESPECIFICA	P95	2	2	4	2	0	3	13
CARDIOPATÍA CONGÉNITA	Q24	0	0	0	1	0	0	1
HIDROPESÍA FETAL NO DEBIDA A ENFERMEDAD HEMOLÍTICA	P83.2	0	0	0	1	0	0	1
<b>TOTAL GENERAL</b>		<b>2</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>15</b>

Fuente: Base de datos del VEA-HNDM.

Hasta Julio del presente año, según codificación CIE-10 las causas básicas de Mortalidad Fetal no fue especificada (87%), solo dos casos tienen causa básica identificada por Cardiopatía congénita y/o Hidropesía fetal respectivamente (7%). En Julio del presente año, no se presentaron casos de natimueertos.

**Tabla N° 4.3 Muerte neonatal según codificación CIE 10 y peso al nacimiento – hasta julio 2017.**

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.	
INMATURIDAD EXTREMA	P07.2	5	0	0	0	0	0	5
INSUFICIENCIA CARDÍACA NEONATAL	P29.0	0	0	0	0	1	0	1
SEPSIS BACTERIANA DEL RECIEN NACIDO	P36	1	0	0	0	0	0	1
SINDROME DE EDWARDS	Q91.3	0	0	1	0	0	0	1
INSUFICIENCIA RENAL CONGENITA	P96.0	0	0	0	0	0	1	1
HEMORRAGIA PULMONAR ORIGINADA EN EL PERÍODO PERINATAL	P26	0	1	0	0	0	0	1
<b>TOTAL GENERAL</b>		<b>6</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>10</b>

Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

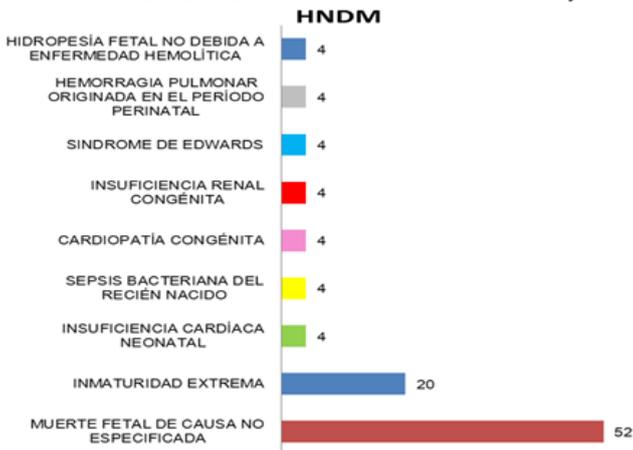
En el acumulado a Julio del 2017, la causa más frecuente de Mortalidad Neonatal fue inmadurez extrema (50%).

En Julio del presente año, se notificó solo 01 Muerte neonatal, siendo la causa básica de mortalidad neonatal por Síndrome de Edwards (Trisomía 18).

Hasta Julio del presente año, la distribución porcentual de Muertes perinatales más alta es Muerte fetal de causa no especificada (52%), seguido de Prematuridad Extrema (20%). (Ver gráfico n°02).

**Gráfico N° 4.2 Tipos de mortalidad fetal y neonatal – hasta julio 2017**

**Gráfico N° 02: Distribución porcentual de muertes Perinatales hasta Julio 2017, HNNDM**

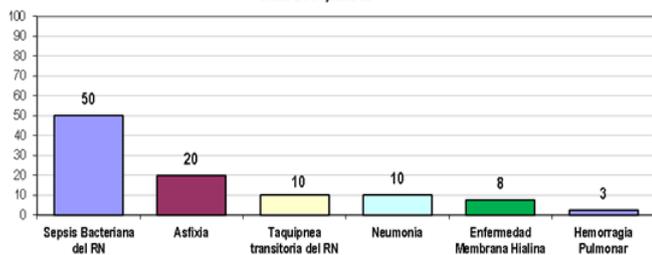


Fuente: Base de datos del VEA-HNNDM

Hasta Julio del presente año, la Muerte Fetal de causa no especificada ocupan el mayor número de casos (52%), seguido de Prematuridad Extrema (20%).

**Gráfico N° 4.3 Complicaciones neonatales HNNDM – julio 2017.**

**Gráfico N° 03: Distribución Porcentual de los tipos de complicación neonatal, Julio 2017, HNNDM**

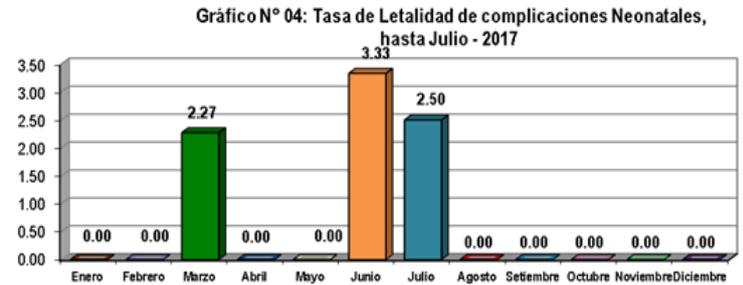


Fuente: Base de datos del VEA-HNNDM

Durante Julio del presente año se atendieron 40 recién nacidos complicados. Las complicaciones más frecuentes siguen siendo la Sepsis Neonatal con 20 casos (50%), seguido de Asfisia Perinatal con 08 casos (20%) (Ver Gráfico N° 03). En julio del presente año las muertes neonatales por complicaciones sujetas a vigilancia

epidemiológica, como daños centinela fue por Síndrome de Edwards (Tasa de Letalidad: 2.26 por 100 n.v.).

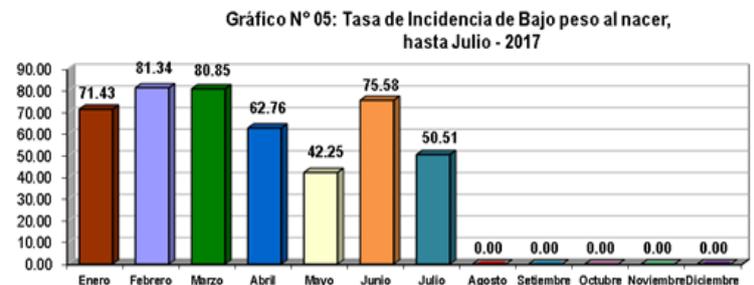
**Gráfico N° 4.4 Tasa de letalidad de complicaciones neonatales – hasta julio 2017**



Fuente: Base de datos del VEA-HNNDM

En julio del presente año, presenta 2.50 de tasa de letalidad de complicaciones neonatales.

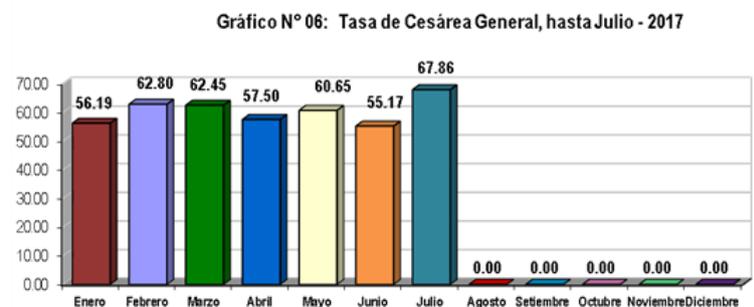
**Gráfico N° 4.5 Tasa de Incidencia de Bajo peso al nacer – hasta julio 2017**



Fuente: Base de datos del VEA-HNNDM

En Julio del presente año, se observa que la Tasa de incidencia de bajo peso al nacer es de 50.51 x 1000 recién nacidos vivos, siendo la tendencia descendente en el último mes.

**Gráfico N° 4.6 Tasa de cesárea general – hasta julio 2017**



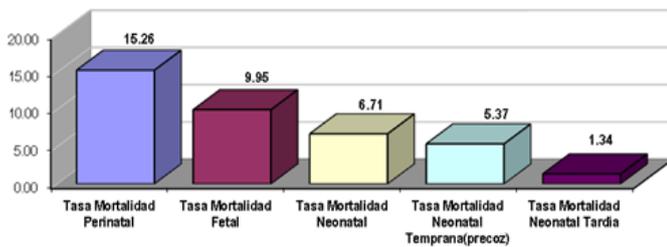
Fuente: Base de datos del VEA-HNNDM

La proporción de partos complicados sigue siendo alta (87.76%), dado que el HNNDM es un Establecimiento de referencia nacional. En Julio la tasa de cesárea general fue de 67.86 %, el resto de partos fueron partos vaginales distócicos.

La tasa de cesárea en RN de bajo peso al nacer fue de 4.08%, 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 8.16% y la tasa de cesárea con RN macrosómico es de 5.61%.

**Grafico N° 4.7 Tasas de mortalidad fetal y neonatal – hasta junio 2017**

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



Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

En relación a las Tasas de Mortalidad Perinatal, se puede apreciar hasta Julio del presente año, que la Tasa de Mortalidad Perinatal es de 15.26 x 1000 nacimientos, la tasa de Mortalidad Neonatal fue de 6.71 x 1000 RN Vivos, la Tasa de Mortalidad neonatal precoz es de 5.37 x 1000 RN Vivos; la Tasa de Mortalidad Fetal es de 9.95 x 1000 nacimientos.

En Julio del presente año, solo se presentó un caso de muerte neonatal tardía, con una tasa de Mortalidad neonatal de 5.05%.

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

En la evaluación del manejo de residuos sólidos por departamento, en el mes de mayo 2017, el departamento de Gineco-Obstetricia, Departamento de Emergencia, el departamento de Odontología y departamento de Farmacia obtuvieron un puntaje de "Regular" al 100% de los ítems de evaluación. (Ver Tabla N°:5.1).

**Tabla N°5.1 Evaluación por departamentos del manejo de residuos sólidos hospitalarios – Abril 2017**

DEPARTAMENTOS	CALIFICACIÓN		
	Bueno (%)	Regular (%)	Malo (%)
Departamento de Medicina	60	40	
Departamento de Especialidades Médicas	33	67	
Departamento de Cirugía	33	67	
Departamento de Gineco-Obstetricia		100	
Departamento de Pediatría	100		
Departamento de Odontología Estomatología		100	
Dpto. de Diagnóstico por Imágenes	100		
Departamento de Enfermería	100		
Departamento de Anestesiología y Centro Qx	67	33	
Departamento de Emergencia		100	
Departamento de Farmacia		100	
Departamento de Patología Clínica	100		
Departamento de Banco De Sangre y Hemot.	100		
Departamento de Cirugía de Tórax y Cardiovascular.	50	50	

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

# ACTUALIDAD EN EPIDEMIOLOGÍA

## Recomendaciones ante el riesgo de transmisión congénita del virus Zika

### Síndrome congénito por el virus Zika

Patrón perceptible de defectos de nacimiento. El síndrome por el virus Zika es específico de los fetos y bebés infectados por el virus Zika antes del nacimiento.

Aunque muchos de los componentes de este síndrome, como las discapacidades cognitivas, sensoriales y motrices, son compartidas por otras infecciones congénitas, las 5 características que diferencian al síndrome congénito por el virus Zika son:

- Microcefalia grave con hundimiento parcial del cráneo.
- Tejido cerebral disminuido que incluye calcificaciones subcorticales.
- Daño en la parte posterior del ojo que incluye degeneración macular y cúmulos pigmentarios focales a nivel de la retina.
- Contracturas congénitas como pie equinovaro o artrogriposis.
- Hipermetropía que restringe el movimiento del cuerpo inmediatamente después del nacimiento

### Vigilancia de Zika en gestantes

1. En la atención de gestantes de cuadro clínico compatible a Zika se debe enfatizar:

- . Al definirse el caso sospechoso de Zika en gestante se debe notificar y realizar seguimiento prenatal hasta el nacimiento.
- . En zonas sin transmisión de Zika: se deben investigar antecedentes de viajes a zonas de transmisión durante la gestación.

2. Fortalecer la atención prenatal y el seguimiento a todas las gestantes procedentes de zonas de transmisión, considerando que esta infección es asintomática en el 80% de los casos.

3. Brindar educación sanitaria a la población, en especial a gestantes, con mensajes relativos a:

- . Cuando se desplace a zonas de transmisión de Zika y otras arbovirosis, tomar medidas de protección personal como el uso de repelentes que contengan DEET, picaridina o IR3535 o ropa con manga larga.
- . Orientar y reforzar la información de uso de métodos anticonceptivos, incluyendo la información sobre el uso correcto de condón.

### Vigilancia de Zika en recién nacidos

4. Utilice la siguiente definición de caso sospechoso de síndrome congénito asociado a infección por virus Zika:

Hijo de madre que presente cualquiera de estos antecedentes:

- . Residencia o que haya visitado áreas endémicas o epidémicas con transmisión de virus Zika.
- Contacto sexual sin protección, durante la gestación, con una persona que en las 8 semanas previas al contacto sexual tenga antecedente de residencia o viaje a un área epidémica

o endémica con transmisión de virus Zika y/o tenga prueba positiva a Zika.

- . Enfermedad exantemática en área con antecedente de transmisión de Zika.
- . Infección confirmada de Zika.

Recién nacido vivo o natimuerto que presente alguna de las siguientes manifestaciones:

- . Microcefalia: medida de la circunferencia occipito frontal (perímetro cefálico) a las 24 horas después de nacer, por debajo del percentil 3 de la media según frecuencias estandarizadas, de acuerdo con edad gestacional y sexo.
- . Malformación congénita del sistema nervioso central: incluye alteraciones congénitas del sistema nervioso central, detectada por cualquier estudio de imágenes o con manifestaciones clínicas de compromiso neurológico.
- . Otra malformación congénita.
- . Malformación congénita tardía.

5. Verificar que en los hospitales y centros maternos se mida el perímetro cefálico en el recién nacido al nacimiento y a las 24 horas de nacido. Con esta última mención se determina si el perímetro cefálico se encuentra por debajo del percentil 3 según la curva de referencia. Todos los consultorios de crecimiento y desarrollo del niño en el primer nivel de atención deben medir el perímetro cefálico en cada control de los recién nacidos.

6. A todo recién nacido de madre con infección confirmada a virus Zika o caso sospechoso de síndrome congénito asociado a Zika se le debe realizar examen físico completo y la valoración de la edad gestacional.

7. A todo recién nacido de madre con infección confirmada a virus Zika se le debe obtener la muestra de suero hasta las 48 horas de vida, para diagnóstico de Zika por PCR. En caso sospechoso de síndrome congénito asociado a Zika se tomará muestra de suero hasta 48 horas de nacido para diagnóstico de Zika por PCR e IgM/IgG y de TORCHS (toxoplasmosis, rubéola, citomegalovirus, herpes simple y sífilis) al recién nacido y a la madre.

8. En todo recién nacido con síndrome congénito se debe investigar rigurosamente los antecedentes de viajes a zonas de transmisión de Zika de la madre durante la gestación y del padre. Asimismo, se debe notificar en el aplicativo de la vigilancia de microcefalia y síndrome congénito. En caso sea captado un niño con síndrome congénito por un establecimiento de salud del primer nivel, el niño debe ser referido a un establecimiento de mayor complejidad.

### Referencias Bibliográficas

1. Ministerio de Salud. OGE. 2017. Alerta epidemiológica de riesgo de transmisión congénita por Zika en el Perú.
2. Ministerio de Salud. OGE. 2017. II Curso virtual: Vigilancia, prevención y control de Enfermedad por Virus Zika". Características clínicas y diagnóstico,

Disponible en

[www.hdosdemayo.gob.pe](http://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

Dr. 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

### **Equipo de Informática**

Sra. Andrea Ydoña Cuba

Ing. Estadística Marianela Narro Dueñas

Compilación y Edición

M.C. José Luis Bolarte Espinoza

**Lima – julio 2017**