



JUNIO

2018

Código: OESA-HNDM-B:06
Versión: 01-Electrónico
Fecha: 24/07/2018
Año 7 Vol.3

BOLETÍN

EPIDEMIOLOGICO

Situación de las neumonías e influenza y OVR, Perú 2018

El Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC), publica en su página web <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/frio/SDSSSE%20232018.pdf>, el incremento de episodios de Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) en comparación a la misma fecha del 2017, lo cual muestra mayores incidencias en las regiones de Centro y Sur del País.

En este sentido el Hospital Nacional Dos de Mayo no está exento a esta tendencia del incremento de las incidencias de las IRA en nuestros servicios, la cuales son gestionados por el equipo del Sistema de Vigilancia de Infecciones Asociadas a Atenciones en Salud (SV-IAAS).

El Boletín epidemiológico del mes de junio de 2018, presenta el comportamiento, tendencias e indicadores, que son vigilados en los departamentos y/o servicios del Hospital Nacional Dos de Mayo.

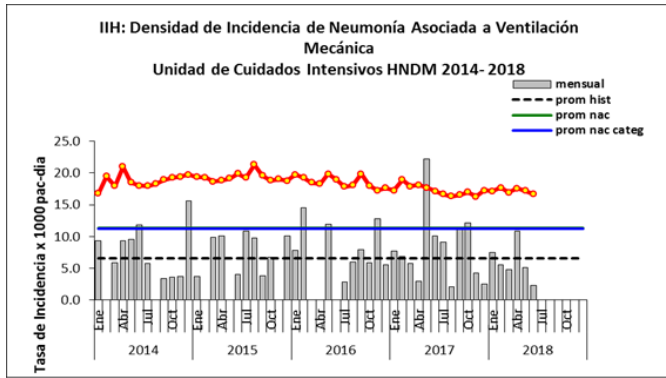


INDICE

I.	VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS.	3
II.	DAÑOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA DE JUNIO DEL 2018.....	8
	2.1. COMPORTAMIENTO ESPERADOS 2017-2018.....	13
III.	VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE ACCIDENTES OCUPACIONALES.	14
IV.	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	17
	4.1. Informe de vigilancia epidemiológica de diabetes mellitus 2 ^{do} trimestre (abril, mayo, junio) 17	
	Conclusiones:	19
	Recomendaciones:.....	19
	4.2. Mortalidad vigilancia epidemiológica de la mortalidad Hospitalaria 2 ^{do} trimestre (abril, mayo, junio).....	19
	Conclusiones:	21
V.	VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE MORTALIDAD NEONATAL Y FETAL.	21
	Conclusiones:	23
VI.	EVALUACIÓN POR DEPARTAMENTOS DEL MANEJO DE RESIDUOS HOSPITALARIOS.....	24
VII.	ACTUALIDAD EPIDEMIOLÓGICA.....	25

I. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS.

Gráfico N° 1.1: densidad de incidencia de neumonía asociada a ventilación mecánica Unidad de Cuidados Intensivos

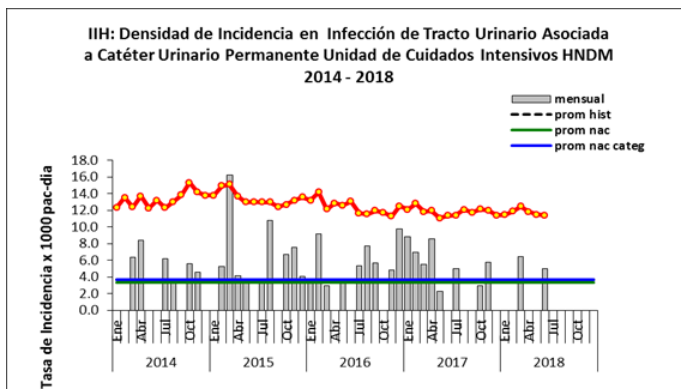


Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

La tendencia de las Neumonías Asociadas a Ventilación Mecánica en la Unidad de Cuidados Intensivos durante el año 2017, se han mantenido por debajo del Promedio Nacional por Categoría, con excepción de los meses de mayo y octubre. Durante el mes de junio del 2018, se ha registrado un caso de Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica que representa una tasa de densidad de incidencia de 2.28 x 1000 días VM; es importante resaltar que se vigilaron durante el mes 51 pacientes sometidos a V.M., con 439 días de exposición.

En relación a los meses anteriores disminuyó la constante en la tasa de densidad de incidencia.

Gráfico N° 1.2: densidad de incidencia en ITU asociada a catéter urinario, Unidad de Cuidados Intensivos

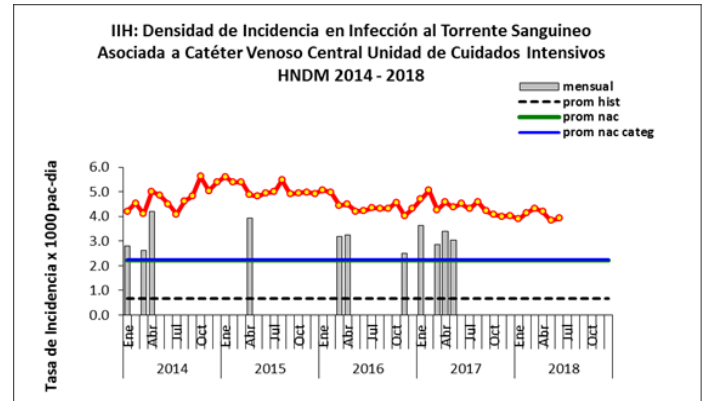


Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

En la Unidad de Cuidados Intensivos durante el mes de junio del año 2018, se registraron dos casos de Infección Urinaria Asociada a Catéter Urinario Permanente, que representa una tasa de densidad de incidencia de 4.96 por 1000 días de exposición catéter. En el mes se identificaron 60 pacientes vigilados 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.

Gráfico N° 1.3: densidad de incidencia en infección al torrente sanguíneo asociado a CVC, Unidad de Cuidados Intensivos

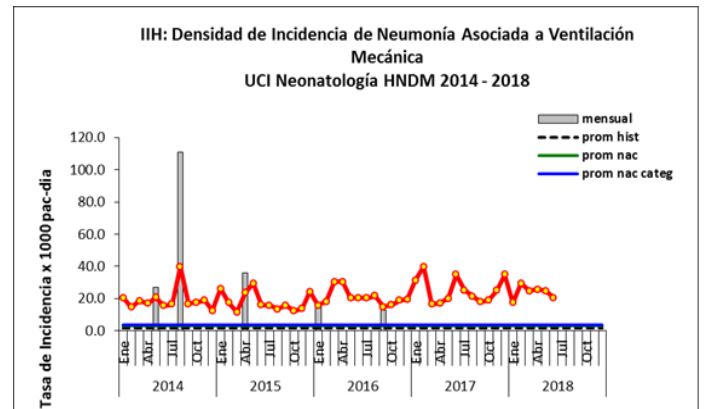


Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

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 junio del 2018, se mantuvieron en vigilancia 59 pacientes con 423 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.

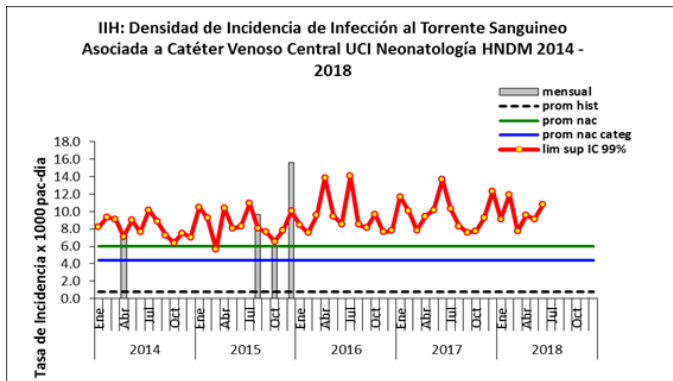
Gráfico N° 1.4: densidad de incidencia de neumonía asociada a ventilación mecánica, UCI de Neonatología



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 junio del 2018, sin embargo, se vigilaron 04 pacientes sometidos a 38 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.

Gráfico N° 1.5: densidad de incidencia de infección al torrente sanguíneo asociado a CVC. UCI de Neonatología

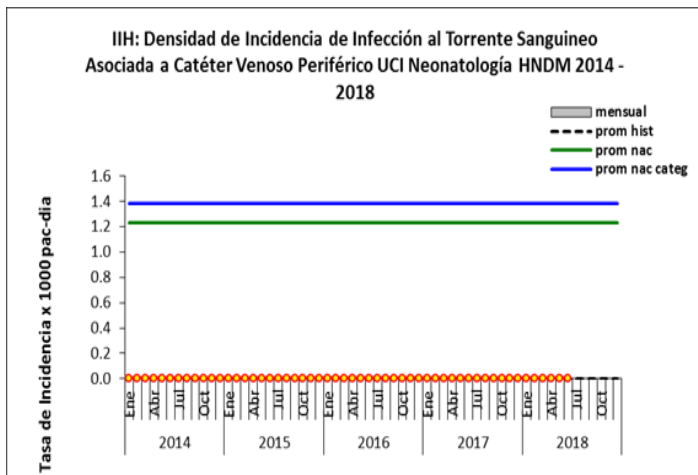


Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

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 junio del año 2018. Estuvieron sometidos a vigilancia epidemiológica 06 pacientes con 55 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.

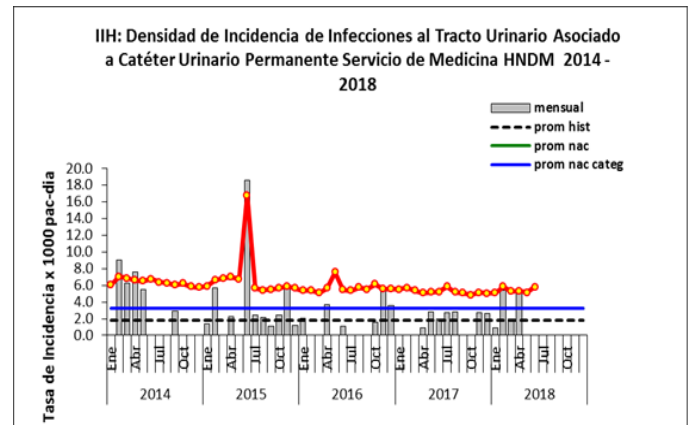
Gráfico N° 1.6: densidad de incidencia de infección al torrente sanguíneo asociado a CVP. Neonatología



Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

Con respecto a las Infecciones de Torrente Sanguíneo Asociada a Catéter Venoso Periférico, en el mes de junio del año 2018 no se presentaron casos en Neonatos, se sometieron a vigilancia epidemiológica 44 pacientes con 140 días de exposición.

Gráfico N° 1.7: densidad de incidencia de ITU asociado a catéter urinario. Medicina

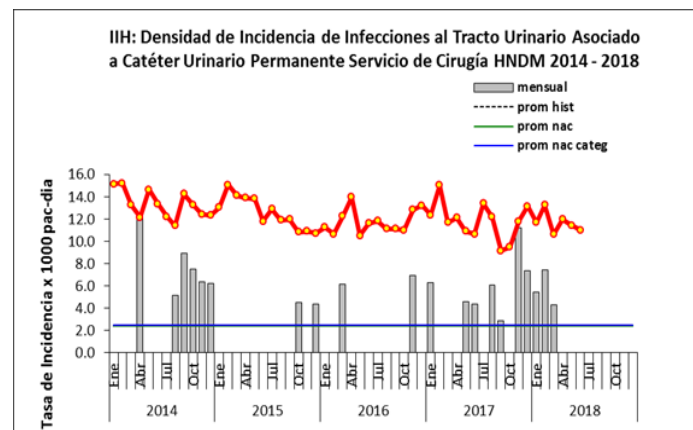


Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

Durante el mes de junio del año 2018 en el Departamento de Medicina, no se han presentado casos de ITU asociada a CUP, se vigilaron 95 pacientes con 758 días de exposición.

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

Gráfico N° 1.8: densidad de incidencia de ITU asociado a catéter urinario. Cirugía

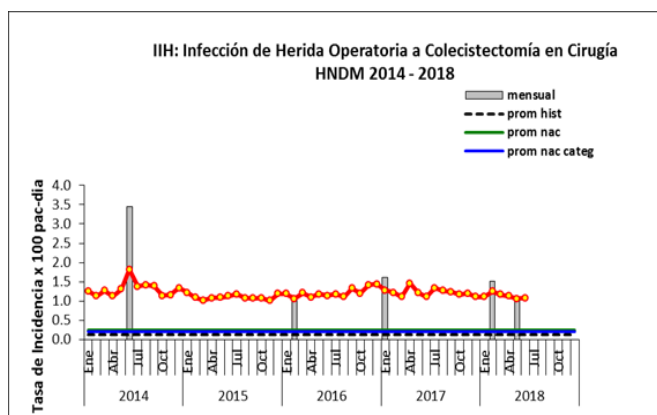


Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

En el Departamento de Cirugía durante el mes de junio del año 2018 no se han reportado casos de ITU asociada a CUP. Se han vigilado 46 pacientes con 212 días de exposición.

Está pendiente la implementación de la metodología Bundle, mediante la aplicación de las listas de cotejo como medida preventiva en los servicios de cirugía.

Gráfico N° 1.9: infección de herida operatoria asociada a colecistectomía. Cirugía

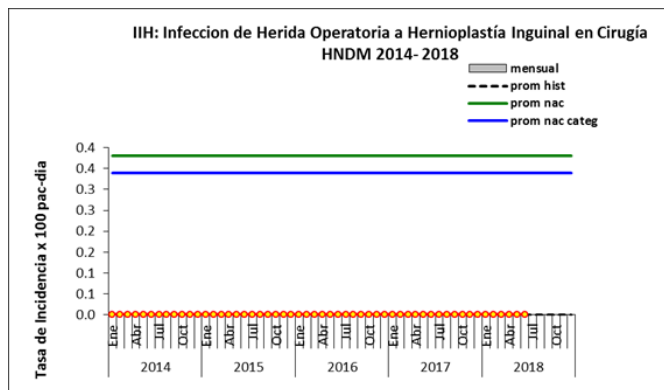


Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

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

En el gráfico observamos que durante el mes de junio no se reportaron casos, se vigilaron 92 pacientes sometidos a Colecistectomía.

Gráfico N° 1.10: infección de herida operatoria asociada a hernioplastía inguinal. Cirugía

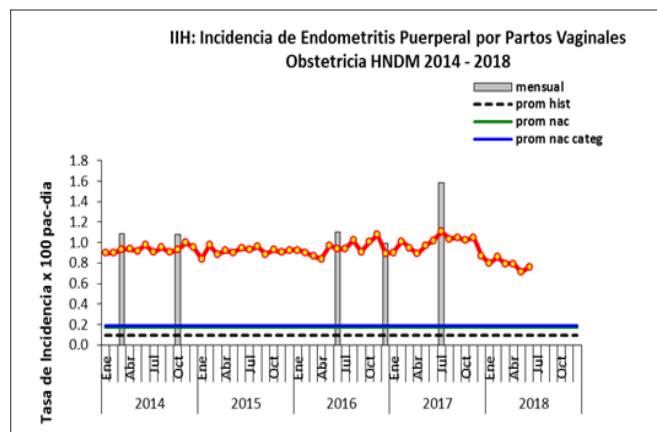


Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

En el presente gráfico observamos que no hay casos reportados de Infección de Sitio Quirúrgico Asociado a hernioplastia inguinal desde el año 2014, inclusive en el mes de junio del año 2018, se vigilaron 20 pacientes sometidos a hernioplastía.

Las infecciones de Sitio Quirúrgico son uno de los objetivos principales de los protocolos de prevención de las infecciones nosocomiales, teniendo en cuenta que son el origen de muchas complicaciones postoperatorias y responsables de la cuarta parte de las IIIH de los pacientes que se someten a cirugía.

Gráfico N° 1.11: incidencia de endometritis puerperal por partos vaginales. Gineco-Obstetricia

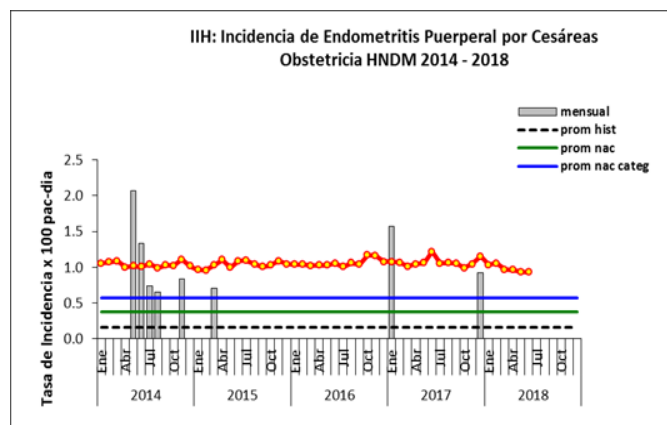


Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

Durante el mes de junio del año 2018 no se han presentado casos de Endometritis Puerperal por Parto Vaginal. El uso de técnica aséptica en todos los procedimientos relacionados con el seguimiento y atención del parto es uno de los factores importantes en la prevención de endometritis puerperal.

El total de partos atendidos fueron 146.

Gráfico N° 1.12: incidencia de endometritis puerperal por cesárea.

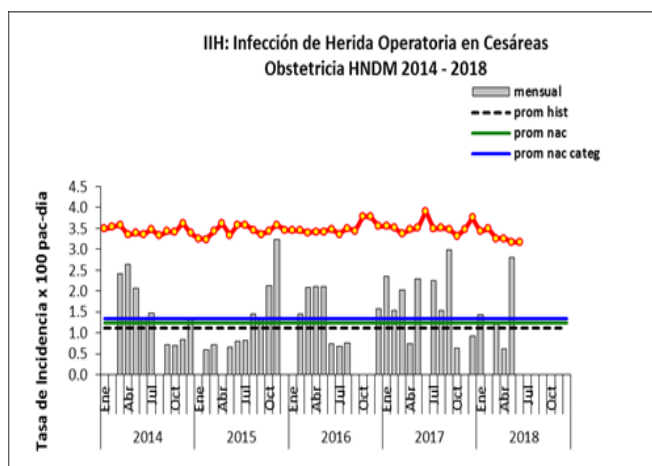


Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

En el mes de junio del 2018 no se han reportado casos de Endometritis Puerperal por Cesárea (179 durante el mes de junio). La presencia de Endometritis Puerperal por Cesárea, está relacionada al número de Tactos Vaginales realizados antes de la cesárea, sin embargo también juegan roles importantes los antecedentes maternos que pudieran contribuir a la presencia de Endometritis.

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

Gráfico N° 1.13: infección de herida operatoria en cesáreas. Obstetricia

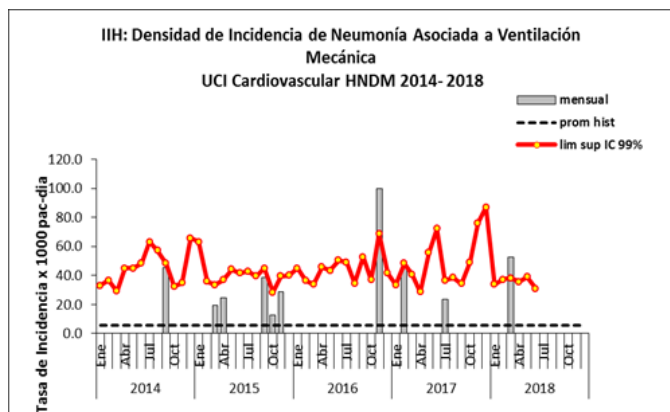


Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

En el gráfico podemos observar que durante el mes de junio del 2018 no se han reportado casos de Infección de Sitio Quirúrgico relacionado a Cesárea. Las Cesáreas realizadas fueron 179 durante el mes. Es importante el cumplimiento de las acciones de prevención durante el peri operatorio a toda paciente que se realiza una cesárea.

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

Gráfico N° 1.14: densidad de incidencia de neumonía asociada a ventilación mecánica. UCI cardiovascular

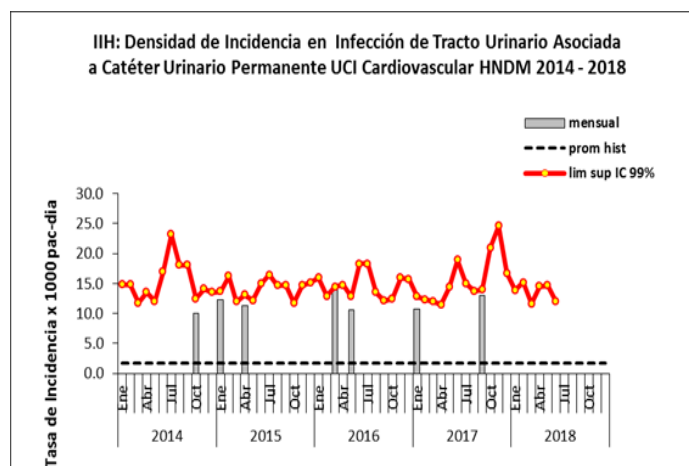


Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

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

Durante el mes de junio del 2018, no se han registrado casos de Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica. Se vigilaron 08 pacientes con 63 días de exposición.

Gráfico N° 1.15: densidad de incidencia en ITU asociado a catéter urinario. UCI cardiovascular

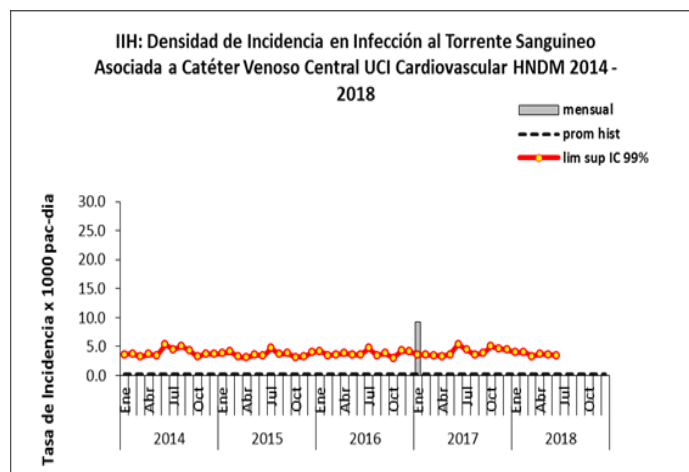


Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

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

Durante el mes de junio se vigilaron 13 pacientes con 110 días de exposición.

Gráfico N° 1.16: densidad de incidencia en infección al torrente sanguíneo asociado a CVC. UCI cardiovascular

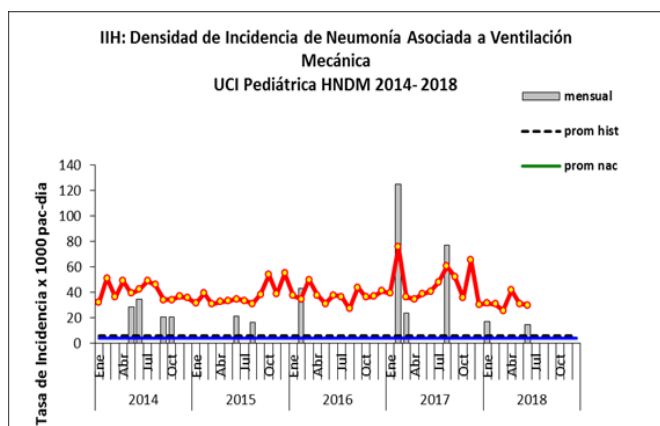


Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

En relación a Infección del Torrente Sanguíneo Asociado a Catéter Venoso Central en la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovascular, no se registraron casos durante el mes de junio del 2018.

Se vigilaron 10 pacientes con 118 días de exposición.

Gráfico N° 1.17: densidad de incidencia de neumonía asociada a ventilación mecánica. UCI pediátrica

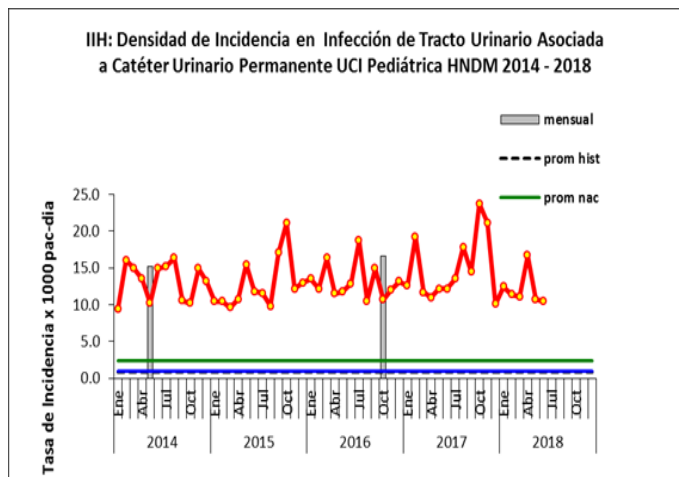


Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

En la Unidad de Cuidados Intensivos de Pediatría, durante el mes de junio del año 2018, se ha presentado un caso de Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica, que representa una tasa de densidad de incidencia de 14.93 x 1000 días VM.

Durante este mes se vigilaron 07 pacientes en Ventilación Mecánica con 67 días de exposición.

Gráfico N° 1.18: densidad de incidencia de ITU asociado a catéter urinario. UCI pediatría

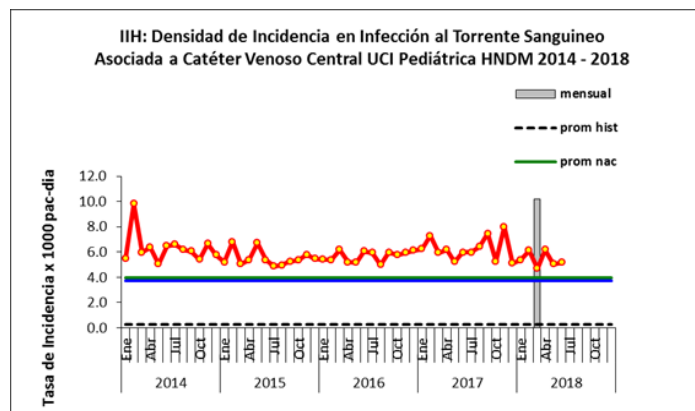


Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

Durante el mes de junio del año 2018 en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica, no se han reportado casos de Infección Urinaria Asociada a Catéter Urinario Permanente. Se vigilaron 05 pacientes con 63 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 infección al torrente sanguíneo asociado a catéter venoso central UCI pediátrica HNMD 2014-2018.

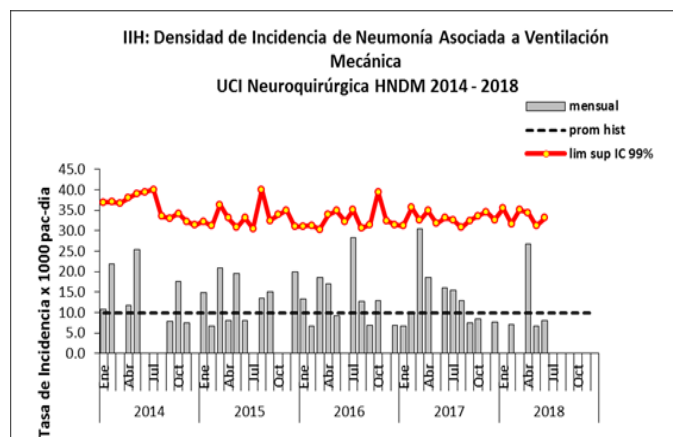


Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

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

Se vigilaron 08 pacientes con 80 días de exposición.

Gráfico N° 1.20: densidad de incidencia de neumonía asociada a ventilación mecánica, UCI neuroquirúrgica HNMD 2014-2018

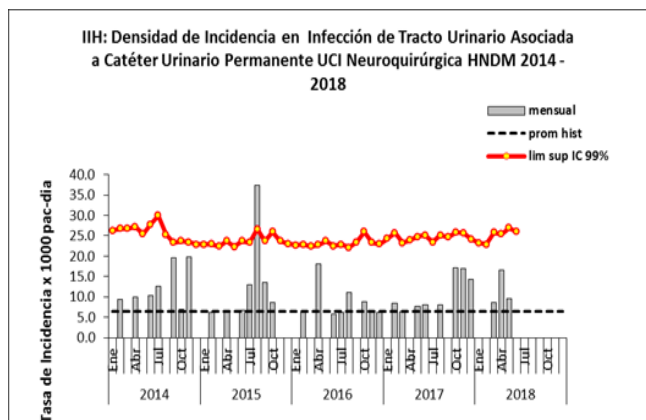


Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

Se continúa desarrollan La tendencia de las Tasas de Neumonías Asociadas a Ventilación Mecánica en UCI Neuroquirúrgica desde el año 2014 es a mantenerse por encima del promedio histórico como ha sucedido en los meses anteriores. Durante el mes de junio del año 2018 se registró un caso de Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica, que representa una tasa de densidad de incidencia de 8.0 x 1000 días/VM.

Se vigilaron 13 pacientes con 125 días de exposición, en el servicio se continua aplicando la metodología Bundle como medida de prevención.

Gráfico N° 1.21: densidad de incidencia de infección al tracto urinario asociado a catéter urinario permanente UCI neuroquirúrgica 2014-2018

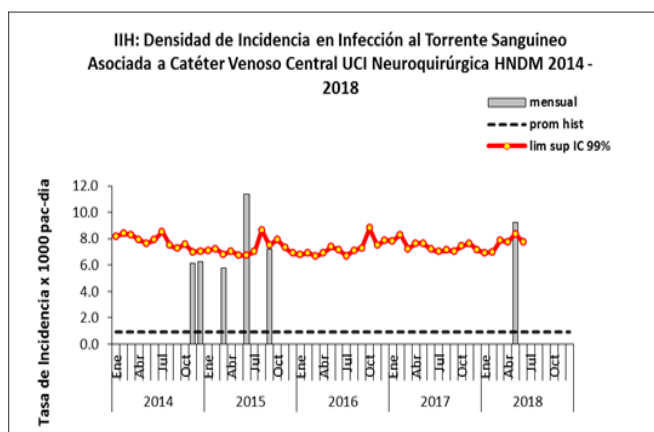


Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

Durante el mes de junio del año 2018, en la Unidad de Cuidados Intensivos Neuroquirúrgica no se reportaron casos de Infección Urinaria Asociada a Catéter. En el mes se vigilaron 19 pacientes con 115 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° 1.22: densidad de incidencia de infección al torrente sanguíneo asociado a CVC. UCI neuroquirúrgica, hndm 2014-2018



Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

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

Durante el mes de junio del año 2018 no se reportaron casos de Infección de Torrente Sanguíneo Asociado a Catéter Venoso Central. En el mes se vigilaron 20 pacientes con 129 días de exposición.

II. DAÑOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA DE JUNIO DEL 2018

Tabla N° 2.1 distribución de casos según sexo

SEXO	N°	%
Femenino	10	36%
Masculino	18	64%
Total general	42	100%

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Tabla N° 2.2: distribución de casos según grupo etario

GRUPO ETARIO	N°	%
Menores 1 año	1	4%
1-9 años	6	21%
10-19 años	2	7%
20-64 años	19	68%
65 a más	0	0%
Total general	28	100%

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Se notificaron un total de 28 daños de notificación obligatoria durante Junio 2018, de los cuales el mayor porcentaje (68%) corresponde al grupo etario de 20 a 64 años, seguido de los niños de 1 a 9 años (21%)

El género masculino representa el mayor porcentaje con 64%

Tabla N° 2.3: distribución de casos según daño de notificación

DAÑO	N°	%
Influenza	10	36%
Varicela sin complicaciones	3	11%
Bartonelosis	3	11%
Síndrome de Guillain-Barré	2	7%
Hepatitis B	2	7%
Leptospirosis	2	7%
Influenza debida a virus de la influenza identificado	2	7%
Dengue Con Señales De Alarma	1	4%
Dengue Sin Señales De Alarma	1	4%
Rubéola	1	4%
Fiebre amarilla selvática	1	4%
Total general	28	100%

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Del total de daños notificados, el 36% corresponde a Influenza (10); seguido de Varicela s/complicación (3) y Bartonelosis (3) con el 11%. En menor % los daños de Hepatitis B, Guillain Barré, Leptospirosis, Dengue, Fiebre Amarilla.

Tabla N° 2.4: distribución de casos según lugar probable de adquisición de la infección

LUGAR PROBABLE	N°	%
Lima	17	61%
Venezuela	3	11%
Cajamarca	2	7%
Ancash	2	7%
Madre De Dios	1	4%
Lambayeque	1	4%
San Martín	1	4%
Ica	1	4%
Total general	28	100%

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

El 61% de los casos proceden de Lima, ya que es la ciudad que concentra la mayor población del país, seguido del país de Venezuela (11%). y de los departamentos de Cajamarca, Ancash (7%), en menor % los Dptos. De Madre de Dios, Lambayeque, San Martín e Ica(4%)

Tabla N° 2.5: distribución de casos según tipo de diagnóstico

TIPO DE DIAGNÓSTICO	N°	%
Confirmado	18	64%
Descartado	7	25%
Probable	3	11%
Total general	28	100%

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

El 64%(18) de los casos fueron confirmados, descartándose un 25% (7), quedando 3 casos probables, por estar pendiente los resultados.

Tabla N° 2.6: casos confirmados de daños de notificación

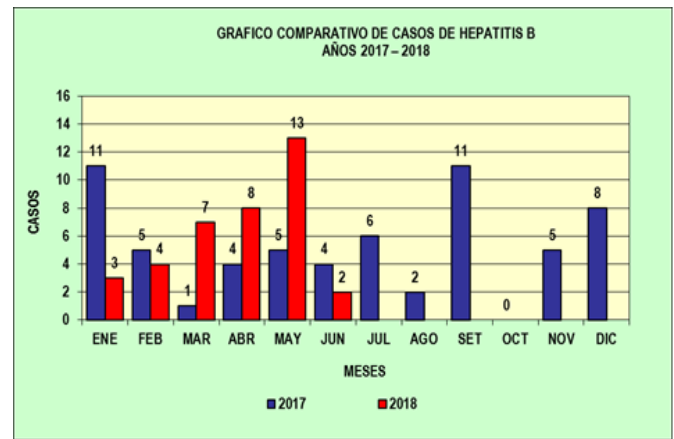
DAÑO	N°	%
Influenza	6	33%
Varicela sin complicaciones	3	17%
Síndrome de Guillan-Barré	2	11%
Hepatitis B	2	11%
Influenza debida a virus de la influenza identificado	2	11%
Leptospirosis	1	6%
Dengue con Señales De Alarma	1	6%

Fiebre amarilla selvática	1	6%
Total general	18	100%

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Del total de casos confirmados durante el mes de Junio 2018, el 33% (6) corresponden a Influenza, seguido de varicela s/complicaciones (3) 17%. Los casos de varicelas fueron confirmadas con criterio clínico epidemiológico. Actualmente a nivel nacional nos encontramos en Alerta de Influenza y Sarampión.

Gráfico 2.1: gráfico 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 Junio 2018 han disminuido en relación a los meses anteriores, En Mayo del 2018 se ha notificado un mayor número de casos de Hepatitis B, ya que se ha regularizado la notificación de casos de los meses anteriores.

Tabla N° 2.7: atenciones de diarrea acuosa aguda según grupo etario y distrito de procedencia

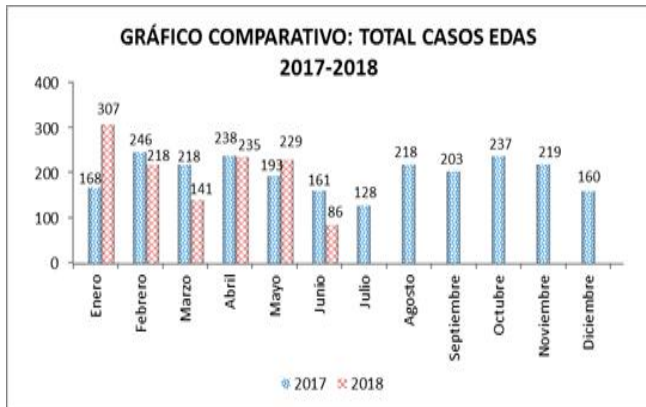
Distrito	N° De Casos			Total
	< 1 A	1-4 A	5 A+	
Lima	2	13	24	39
La Victoria	10	19	6	35
El Agustino	0	3	0	3
San Luis	0	1	1	2
Surquillo	1	1	0	2
Ate	0	1	0	1
San Juan De Lurigancho	1	0	0	1
Jesus Maria	0	1	0	1
San Borja	0	0	1	1
Chorrillos	0	1	0	1
Total General	14	40	32	86

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Se notificaron un total de 86 episodios de Diarrea Acuosa Aguda, siendo el grupo etario más afectado de 1 a 4 años, y los distritos

de Lima y La Victoria los de mayor procedencia por ser más accesibles a la institución.

Gráfico N° 2.2: gráfico comparativo total de casos EDA



Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

En relación al año anterior las atenciones de EDA se incrementaron en el mes de Enero 2018, observándose que en Junio 2018 disminuyeron en un 50%

Tabla N° 2.8. Cuadro comparativo: total de casos de EDA por grupo etario

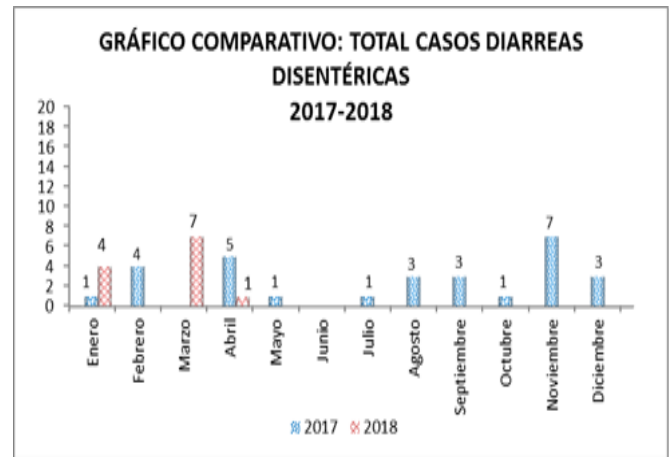
Mes	< 1 año		1-4 años		5 años a +	
	2017	2018	2017	2018	2017	2018
Enero	14	57	58	105	96	145
Febrero	47	24	87	72	112	122
Marzo	38	39	60	47	120	55
Abril	31	48	70	83	137	104
Mayo	34	37	43	80	116	112
Junio	32	14	45	40	84	32
Julio	26	-	42	-	60	-
Agosto	47	-	94	-	77	-
Septiembre	22	-	70	-	111	-
Octubre	14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

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Comparando las atenciones de EDA de junio 2018 en relación al año 2017, se observa que éstas han disminuido notablemente; presentando una tendencia de incremento y comportamiento estacional en los meses de verano.

En junio 2018, Los episodios de EDA se han presentado mayormente en el grupo etario de 1 a 4 años.

Gráfico N° 2.3: gráfico comparativo total de EDA disintérica



Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Según grupo etario los más afectados por esta infección corresponden a los menores de 4 años. Se observa que en Mayo y Junio 2018, no se presentaron episodios de EDAS Disintéricas.

Tabla N° 2.9. Cuadro comparativo total de atenciones por diarrea disintérica por grupo etario

Mes	< 1 año		1-4 años		5 años a +	
	2017	2018	2017	2018	2017	2018
Enero	-	2	1	1	-	1
Febrero	2	-	2	-	-	-
Marzo	-	4	-	2	-	1
Abril	2	1	3	-	-	-
Mayo	-	-	1	-	-	-
Junio	-	-	-	-	-	-
Julio	1	-	-	-	-	-
Agosto	2	-	1	-	-	-
Septiembre	-	-	3	-	-	-
Octubre	-	-	1	-	-	-
Noviembre	1	-	4	-	2	-
Diciembre	-	-	2	-	1	-

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Respecto a las EDAS Disintéricas, observamos incremento en el mes de Marzo 2018, en relación al año anterior. No se presentaron episodios de ésta infección durante los meses de Febrero, Mayo y Junio del presente año.

Tabla N°2.10. Atenciones de infección respiratoria aguda según grupo etario y distrito de procedencia

DISTRITO	N° DE CASOS			Total
	< 2 m	2-11 m	1-4 a	
La Victoria	8	51	123	182
Lima	8	30	115	153
San Juan De Lurigancho	0	8	12	20
El Agustino	0	4	10	14
San Luis	1	3	7	11
San Martin De Porres	0	1	2	3
Santa Anita	0	2	1	3
Rimac	0	0	2	2
Santiago De Surco	0	0	1	1
San Miguel	0	1	0	1
Ate	0	0	1	1
San Borja	0	1	0	1
Pachacamac	0	0	1	1
Comas	0	0	1	1
Villa El Salvador	0	0	1	1
Independencia	0	0	1	1
Lurigancho	0	0	1	1
Total general	17	101	279	397

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Durante el mes de Junio 2018, se atendieron un total de 397 episodios de IRAS; correspondiendo el mayor número de atenciones al grupo etario de 1 a 4 años de edad (70%) siendo Lima y La Victoria los distritos de mayor procedencia.

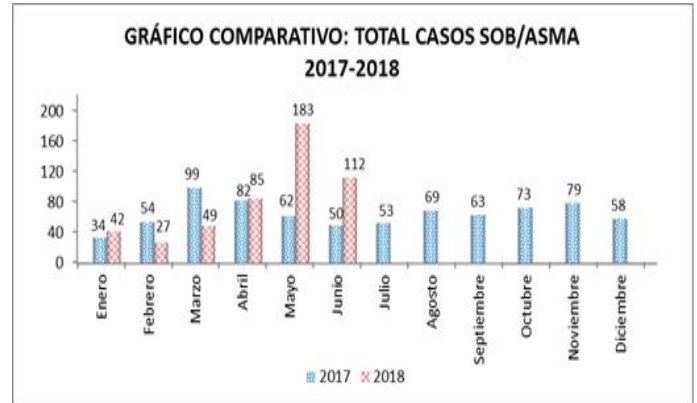
Tabla N°2.11 casos de SOBA/ASMA según grupo etario y distrito de procedencia

DISTRITO	N° DE CASOS		Total
	< 2 a	2-4 a	
La Victoria	38	16	54
Lima	34	12	46
San Luis	2	2	4
El Agustino	2	2	4
San Juan De Lurigancho	3	0	3
Breña	1	0	1
Total general	80	32	112

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

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

Gráfico N°2.4 comparativo: total de casos SOB/ASMA 2017-2018



Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

El gráfico nos muestra una elevación más del 50%, en contraste a los reportados en la misma fecha del 2017.

Tabla N°2.12: casos de neumonía según grupo etario y distrito de procedencia

DISTRITO	N° DE CASOS						Total
	< 2-11 m	1-4 a	5-9 a	10-19 a	20-59 a	60 a +	
Lima	0	6	4	0	1	2	13
La Victoria	0	2	3	0	1	0	6
Transito	0	0	0	0	0	2	2
San Luis	0	0	0	0	1	0	1
El Agustino	0	0	0	0	0	1	1
San Juan De Lurigancho	0	0	1	0	0	0	1
Total general	0	8	8	0	3	5	24

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

El grupo etario más afectado por Neumonía fueron los niños de 1-4 años y los de 5-9 años con (8) casos cada grupo etario, seguido de los adultos de 60 años a más con (5) casos.

Tabla N°2.13: casos hospitalizados por neumonía grave + enfermedad muy grave según grupo etario y distrito de procedencia

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

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

* NG + EMG = Neumonía Grave + Enfermedad Muy Grave

Durante el mes de Mayo 2018 se hospitalizaron un total de 53 pacientes por Neumonía Grave; correspondiendo el mayor

número de casos al grupo etario de 2 a 11 meses de edad. Lima fue el distrito de mayor procedencia.

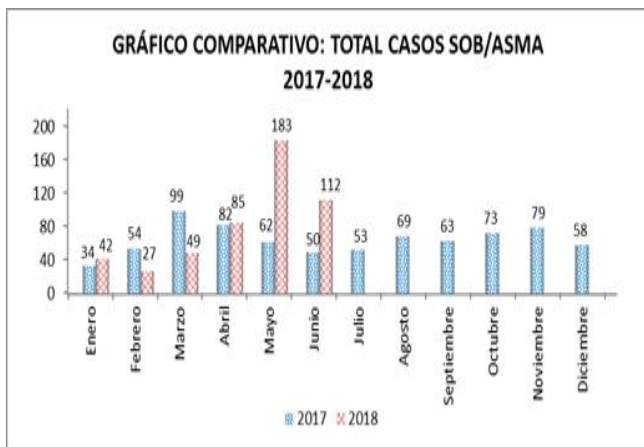
Gráfico N°2.5: gráfico comparativo total de casos IRA



Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Es notorio el incremento de IRAS a partir de los meses de mayo y Junio 2018, el análisis comparativo de 2017 a 2018 en el mismo periodo, el incremento es de 94 casos de IRAS.

Gráfico N° 2.6: total de casos ASMA/SOB



Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

En relación al año 2017 los casos de SOB/ASMA, a presentado un leve incremento durante el mes de Enero 2018, observándose que en los meses posteriores de Febrero y Marzo presentaron una disminución, en Abril evidenciamos un leve incremento mientras que en el mes de Junio hay una discreta disminución con referencia al mes de Mayo.

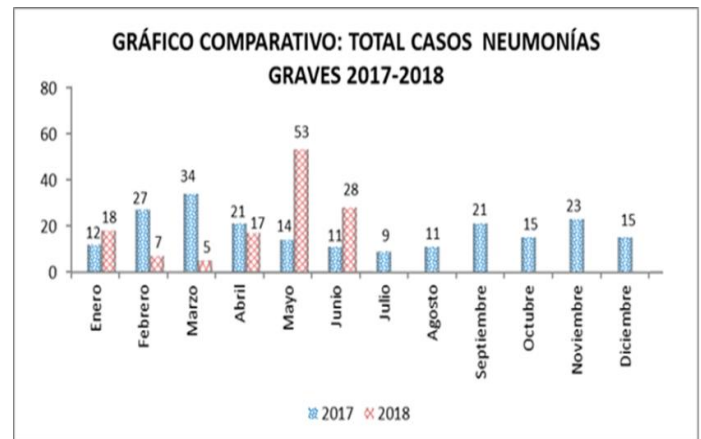
Tabla N° 2.14: cuadro comparativo total casos SOB/ASMA por grupo etario

Mes	< 2 años		2-4 años	
	2017	2018	2017	2018
Enero	21	27	13	15
Febrero	37	15	17	12
Marzo	65	23	34	26
Abril	62	43	20	42
Mayo	35	121	27	62
Junio	28	80	22	32
Julio	34		19	-
Agosto	42		27	-
Septiembre	38		25	-
Octubre	51		22	-
Noviembre	46		33	-
Diciembre	31		27	-

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Comparando las atenciones de SOB/ASMA de Mayo 2018 en relación al año 2017, se observa un incremento realmente considerable durante este mes, y en comparación a los meses anteriores el incremento es evidente. En este mes de Mayo 2018, los episodios de SOB/ASMA se han presentado mayormente en el grupo etario de <2 años, seguido de los niños de 2-4 años.

Gráfico N°2.7: gráfico comparativo total de casos neumonías

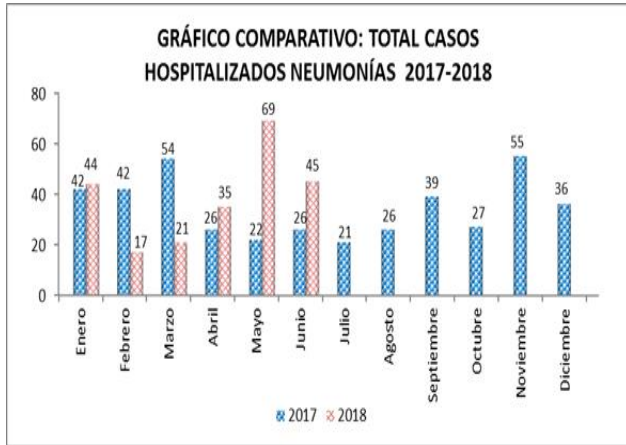


Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

En relación al año 2017 los primeros meses de Enero, Febrero y Marzo 2018, se presentó una disminución de casos, mientras que durante los meses de Abril y Mayo observamos un incremento de casos.

Durante el mes de Junio 2018 se hospitalizaron un total de 28 pacientes por Neumonía Grave; correspondiendo el mayor número de casos al grupo etario de 2 a 11 meses de edad. Lima fue el distrito de mayor procedencia.

Gráfico N°2.8: total de casos hospitalizados por neumonías

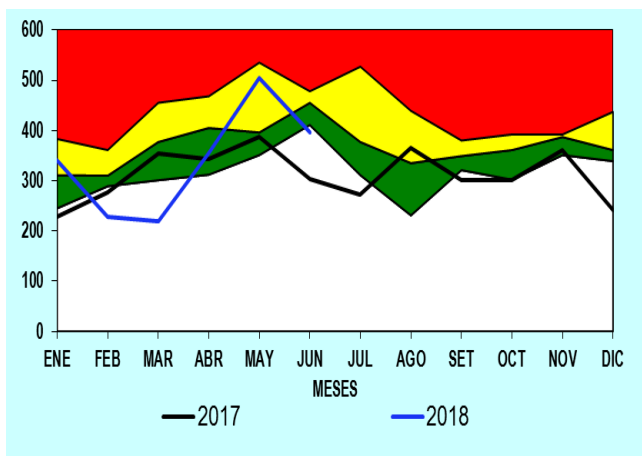


Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

En relación al año 2017 los casos de hospitalizados con Neumonías se incrementaron ligeramente durante el mes de Enero 2018, observándose que en los meses posteriores de Febrero y Marzo presentaron una disminución notable, en Abril evidenciamos un incremento mientras que en el mes de Junio has una discreta disminución con referencia al mes de Mayo. El grupo etario más afectado por Neumonía fueron los adultos mayores de 60 años a más, seguido de los grupos de 1 a 4 años.

2.1. COMPORTAMIENTO ESPERADOS 2017-2018

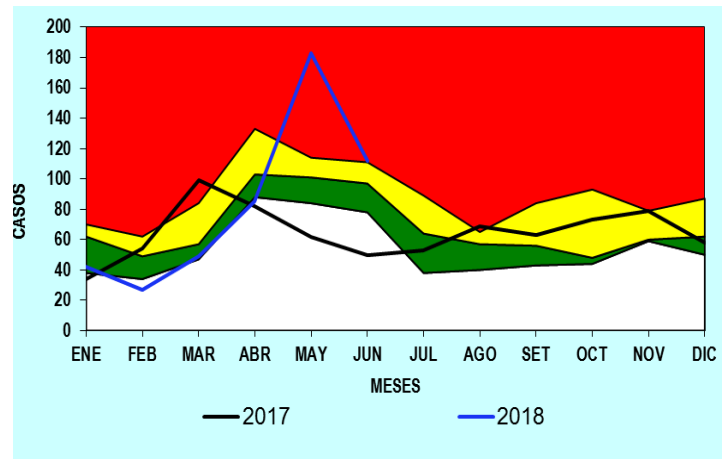
Gráfico n°2.9 comportamiento esperado de atenciones de IRA junio 2018



Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Los episodios de IRAS se incrementaron en los meses de Enero, Mayo y Junio 2018; presentan un comportamiento estacional de ascenso en los meses de invierno y cambios de estación.

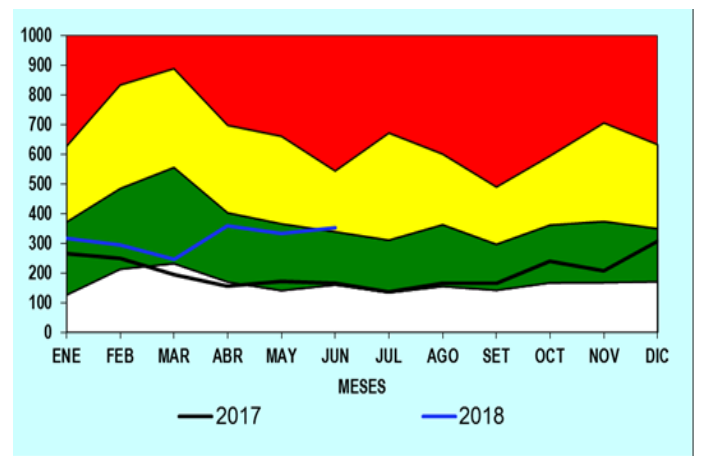
Gráfico N° 2.10 comportamiento esperado de casos de SOB/ASMA junio 2018



Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Observamos un incremento significativo de SOB/Asma en los meses de Mayo y Junio 2018 en relación al 2017, se mantiene una tendencia de incremento en los meses de invierno.

Gráfico n° 2.11 comportamiento esperado de atenciones de febriles junio 2018



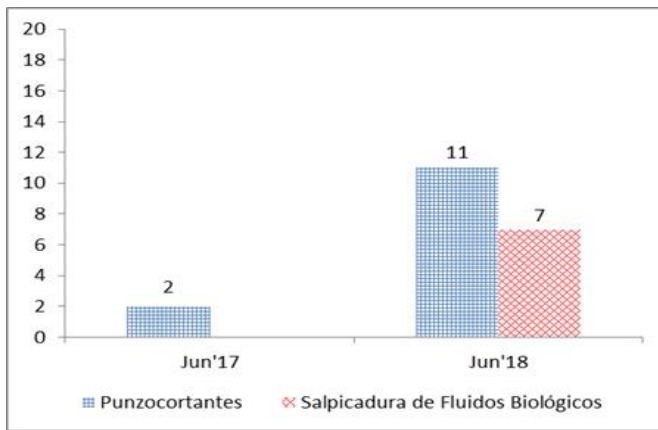
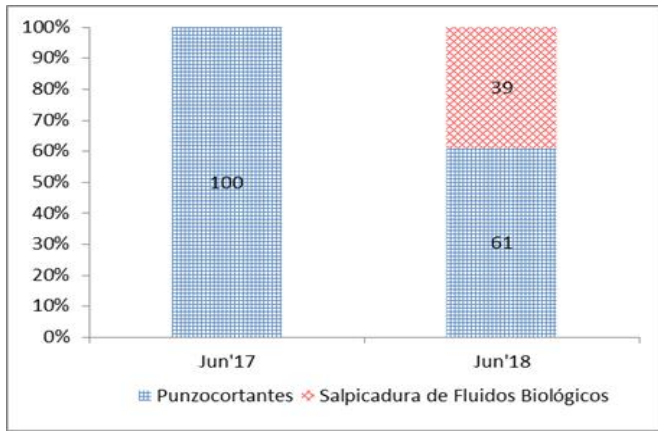
Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Se observa un incremento de febriles durante el primer semestre del año 2018. Los febriles de etiología a determinar y que reunían criterios de enfermedades metaxénicas (dengue, chikungunya, leptospirosis); fueron investigados, notificados y enviadas las muestras al laboratorio, para su confirmación o descarte.

III. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE ACCIDENTES

OCUPACIONALES.

Gráfico N°3.1: comparativos accidentes laborales por exposición a fluidos biológicos y/o objetos punzocortantes por grupo ocupacional



Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales – HNMD

En Junio del 2017, se notificaron 18 casos de Accidentes Laborales por exposición a Fluidos biológicos y/o Objetos punzocortantes (100%), se aprecia que la mayor ocurrencia de Accidentes Laborales fue por exposición a objetos punzocortantes con 11 casos (61%), seguido de accidentes por exposición a Fluidos biológicos – Salpicaduras con 07 casos (39%).

Tabla N° 3.1: accidentes laborales por exposicion a fluidos corporales y/o objetos punzocortantes según grupo ocupacional

Grupo Ocupacional	Salpicadura		Punzocortantes		TOTAL MES		N° Acum. A Jun	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Interno de Medicina	1	14	2	18	3	17	24	32
Médico Residente	1	14	0	0	1	6	12	16
Enfermera	3	43	1	9	4	22	7	9
Técnico de Enfermería	1	14	2	18	3	17	7	9
Técnico de Laboratorio	0	0	3	27	3	17	5	7
Interno de Enfermería	0	0	0	0	0	0	5	7
Personal Limpieza	0	0	3	27	3	17	4	5

Médico Asistente	0	0	0	0	0	0	4	5
Auxiliar de Nutrición	0	0	0	0	0	0	2	3
Estudiante de Técnico de Enfermería	0	0	0	0	0	0	2	3
Tecnólogo Médico	1	14	0	0	1	6	2	3
Estudiante de Medicina	0	0	0	0	0	0	1	1
Interno de Odontología	0	0	0	0	0	0	1	1
Total	7	100	11	100	18	100	76	100

Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales - HNMD

Durante Junio del presente año se observa que el Grupo Ocupacional más expuesto a los accidentes laborales son las Enfermeras (22%).

Tabla N°3.2: accidentes laborales por exposición a fluidos corporales y/o objetos punzocortantes según sexo

Sexo	Salpicadura		Punzocortantes		Total Mes		N° ACUM. A JUN.	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Femenino	6	86	9	82	15	83	51	67
Masculino	1	14	2	18	3	17	25	33
Total	7	100	11	100	18	100	76	100

Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales - HNMD

En junio 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 (83%), seguido del sexo masculino (17%).

Tabla N° 3.3: accidentes laborales por exposicion a fluidos corporales y/o objetos punzocortantes según servicio de ocurrencia

Servicio donde ocurre el accidente	Salpicadura		Punzo cortantes		Total Mes		N° Acum. a Jun	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Emergencia Adultos	2	29	4	36	6	33	29	38
UCI General	1	14	0	0	1	6	5	7
Patología Clínica y Anatomía Patológica	1	14	3	27	4	22	5	7
SOP Emergencia	0	0	1	9	1	6	4	5
SOP Central	0	0	0	0	0	0	3	4
Santo Toribio	0	0	0	0	0	0	3	4
Centro Obstétrico	1	14	0	0	1	6	3	4
El Carmen	0	0	0	0	0	0	2	3
Obstetricia H-2	0	0	0	0	0	0	2	3

Cirugía H-4	0	0	0	0	0	0	2	3
Oncología Ginecológica	0	0	0	0	0	0	2	3
Nutrición	0	0	0	0	0	0	2	3
Urología I-1	0	0	1	9	1	6	2	3
Cirugía I-4	0	0	1	9	1	6	2	3
Julián Arce	1	14	0	0	1	6	2	3
Santa Rosa II	0	0	0	0	0	0	1	1
Santa Ana	0	0	0	0	0	0	1	1
Cirugía I-3	0	0	0	0	0	0	1	1
San Pedro	0	0	0	0	0	0	1	1
Centro Endoscópico	0	0	0	0	0	0	1	1
Emergencia Pediátrica	0	0	0	0	0	0	1	1
Pediatría	0	0	1	9	1	6	1	1
UCI Cardiovascular	1	14	0	0	1	6	1	1
Total	7	100	11	100	18	100	76	100

Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales - HNDM

Se observa que el servicio con mayor ocurrencia de casos de Accidentes laborales por exposición a Fluidos biológicos y/o objetos punzocortantes es Emergencia Adultos (33%), seguido de Patología clínica y Anatomía patológica (22%).

Tabla N°3.4 Tendencia por grupo ocupacional

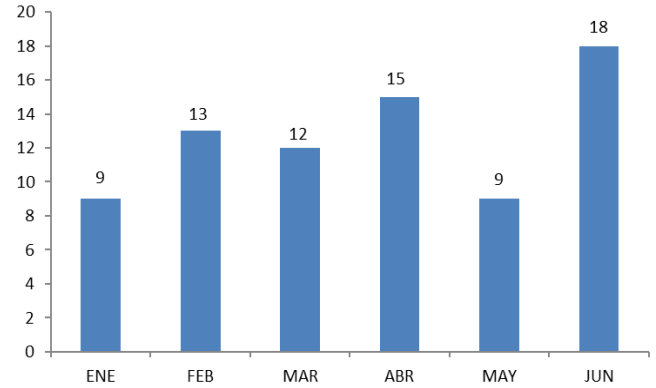
Grupo Ocupacional	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	N°		%	
							N°	%	N°	%
Interno de Medicina	4	5	4	5	3	3	24	32		
Médico Residente	2	3	2	2	2	1	12	16		
Técnico de Enfermería	1	1	1	1	0	3	7	9		
Enfermera	1	0	0	1	1	4	7	9		
Interno de Enfermería	1	1	0	2	1	0	5	7		
Técnico de Laboratorio	0	1	1	0	0	3	5	7		
Médico Asistente	0	1	1	2	0	0	4	5		
Personal Limpieza	0	1	0	0	0	3	4	5		
Alumnos (Enfermería, Medicina Institutos)	0	0	2	1	0	0	3	4		
Auxiliar de Nutrición	0	0	0	0	2	0	2	3		
Tecnólogo médico	0	0	1	0	0	1	2	3		
Interno de Odontología	0	0	0	1	0	0	1	1		
TOTAL	9	13	12	15	9	18	76	100		

Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales - HNDM

La tabla muestra que en Junio del presente año, se puede apreciar un incremento de casos de accidentes laborales por exposición a

Fluidos biológicos y/o objetos punzocortantes con 18 casos. (Ver gráfico N° 02)

Gráfica N°3.2: de tendencia de distribución por grupo ocupacional



Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales - HNDM

La tendencia por meses y distribución por Grupo Ocupacional de Accidentes Laborales por exposición a Fluidos Biológicos y/o Objetos punzocortantes nos muestra que los Internos de Medicina presentan el mayor número de casos (32%), seguido de los Médicos residentes (16%).

Tabla N°3.5: circunstancias asociadas a los accidentes laborales por exposición a fluidos corporales y/o objetos unzocortantes

Circunstancias asociadas a los accidentes	Salpicadura		Punzo-cortantes		Total Mes		N° Acum. a Jun.	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Durante procedimiento de sutura	2	29	0	0	2	11	12	16
Durante un procedimiento (adm. Tto., inserción cvp, cvc, etc.)	1	14	1	9	2	11	9	12
Durante procedimiento Quirúrgico	1	14	1	9	2	11	8	11
Durante procedimiento de toma de muestra de AGA	1	14	2	18	3	17	8	11
Después de uso de material, antes de descartarlo	1	14	0	0	1	6	6	8
Durante procedimiento de toma de muestra de Hemoglutotest	1	14	0	0	1	6	6	8
Durante segregación de residuos hospitalarios	0	0	3	27	3	17	6	8
Al reencapsular una aguja usada	0	0	0	0	0	0	4	5
Material fue dejado en lugar inadecuado	0	0	1	9	1	6	3	4
Durante toma de muestra	0	0	2	18	2	11	3	4
Durante el uso del material	0	0	0	0	0	0	2	3
Durante procedimiento de aspiración de secreciones	0	0	0	0	0	0	2	3
Después de uso de material, después de descartarlo	0	0	0	0	0	0	1	1
Al finalizar el procedimiento (recojo de material, catéter EV, IM, SC, CVC, Epidural, etc.)	0	0	0	0	0	0	1	1
Durante procedimiento de uso de bisturí	0	0	0	0	0	0	1	1
Durante procedimiento de infiltración de anestesia	0	0	0	0	0	0	1	1
Durante lavado de instrumento	0	0	1	9	1	6	1	1
Otros	0	0	0	0	0	0	2	3
Total	7	100	11	100	18	100	76	100

Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales - HNDM

Otro aspecto importante para el análisis son las circunstancias en las que se desarrolla el accidente por exposición a Fluidos Biológicos y/o exposición a objetos punzocortantes; apreciándose que las circunstancias estuvieron relacionado al procedimiento de toma muestra de gases arteriales y/o durante segregación de residuos hospitalarios (17%) respectivamente.

Tabla N°3.6: turnos asociados a los accidentes laborales por exposición a fluidos corporales y/o objetos punzocortantes

Turno en que sucedió el accidente	Salpicadura		Punzocortantes		Total Mes		N° ACUM. A JUN.	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Mañana	4	57	7	64	11	61	39	51
Tarde	2	29	3	27	5	28	19	25
Noche	1	14	1	9	2	11	18	24
Total	7	100	11	100	18	100	76	100

Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales - HNDM

La información mostrada también se correlaciona con las actividades asistenciales dado que el mayor porcentaje de accidentes laborales por exposición a Fluidos biológicos y/o exposición a objetos punzocortantes se registraron durante los turnos matutinos (61%), seguido del turno vespertino (28%).

Tabla N°3.7: grado de accidente asociado a los accidentes laborales por exposición a objetos punzocortantes

Grado de accidente	Punzocortantes		N° ACUM. A JUN.	
	N°	%	N°	%
Superficial	10	91	46	84
Moderado	1	9	9	16
Total	11	100	55	100

Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales - HNDM

Superficial: Sin sangrado
 Moderado: Perforación superficial, escaso sangrado
 Grave: Perforación profunda, sangrado profuso

Las definiciones de severidad de accidentes están en relación al sangrado posterior al hecho, siendo superficial (sin sangrado 91%), moderado (con perforación superficial, escaso sangrado 9%).

Tabla N°3.8: estado de vacuna asociados a los accidentes laborales por exposición a fluidos corporales y/o objetos punzocortantes

Estado de vacunación para VHB en el trabajador	Salpicadura		Punzocortantes		Total Mes		N° ACUM. A JUN.	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Una dosis	0	0	0	0	0	0	7	9
Dos dosis	1	14	3	27	4	22	15	20
Tres dosis	5	71	8	73	13	72	52	68
Ninguna	1	14	0	0	1	6	2	3

Total	7	100	11	100	18	100	76	100
--------------	----------	------------	-----------	------------	-----------	------------	-----------	------------

Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales - HNDM

En lo referente a la protección basada en la vacunación contra la Hepatitis B en Junio del presente año, se observa que el 72% de los trabajadores de salud expuestos cuenta con las dosis completas de vacuna de Hepatitis B y el 28% de los trabajadores expuestos no cuenta con las dosis completas de vacuna de hepatitis B.

Tabla N°3.9: tipo de dispositivo asociados a los accidentes laborales por exposición a objetos punzocortantes

Zona de Localización del Accidente	Punzocortantes		N° ACUM. A JUN	
	N°	%	N°	%
Índice derecho, palma	0	0	8	15
Pulgar izquierdo, palma	2	18	7	13
Pulgar derecho, palma	2	18	7	13
Índice izquierdo, palma	3	27	7	13
Anular izquierdo, palma	0	0	6	11
Dedo medio izquierdo, palma	1	9	5	9
Anular derecho, palma	0	0	4	7
Dedo medio derecho, palma	0	0	3	5
Palma mano derecha	1	9	3	5
Dorso mano izquierda	0	0	1	2
Antebrazo izquierdo	0	0	1	2
Muslo, pierna derecha	0	0	1	2
Palma mano izquierda	1	9	1	2
Meñique derecho, palma	1	9	1	2
Total	11	100	55	100

Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales – HNDM

El 27% de los Accidentes por exposición a objetos punzocortantes según localización de la lesión se presentó en dedo índice izquierdo, palma, seguido de dedo pulgar izquierdo, palma y/o dedo pulgar derecho, palma (18%) respectivamente.

Tabla N°3.10: dispositivos específicos asociados a los accidentes laborales por exposición a objetos punzocortantes

Zona de Localización del Accidente	Salpicadura		N° ACUM. A JUN	
	N°	%	N°	%
Cara, ojo derecho	4	57	9	43
Cara, ojo izquierdo	2	29	6	29
Índice izquierdo, palma	0	0	1	5
Meñique derecho, palma	0	0	1	5
Ambos ojos	0	0	1	5
Índice derecho, dorso	0	0	1	5
Pulgar derecho, palma	0	0	1	5
Cara	1	14	1	5
Total	7	100	21	100

Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales - HNDM

El 57% de los Accidentes laborales por exposición a Fluidos biológicos – Salpicaduras según localización de la lesión se presentó en ojo derecho, seguido de ojo izquierdo (29%).

Tabla N°3.11: tasa de accidentabilidad por grupo ocupacional

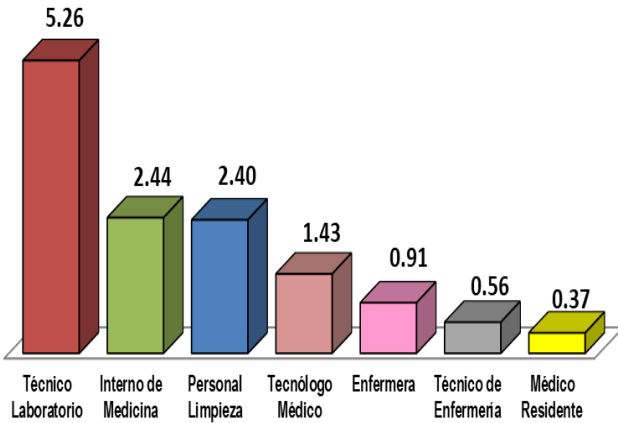
Grupo Ocupacional	N°	Población	Tasa
Técnico Laboratorio	3	57	5.26
Interno de Medicina	3	123	2.44
Personal Limpieza	3	125	2.40
Tecnólogo Médico	1	70	1.43
Enfermera	4	440	0.91
Técnico de Enfermería	3	536	0.56
Médico Residente	1	272	0.37
TOTAL	18	3410	0.52

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 Técnicos de Laboratorio (5.26%), seguido de los Internos de Medicina (2.44%), constituyendo así 0.52 por cada 100 trabajadores del HNDM.

Gráfico N°3.3: tasa de accidentabilidad por grupo ocupacional

Gráfico N° 03: Tasa de Accidentabilidad por Grupo Ocupacional



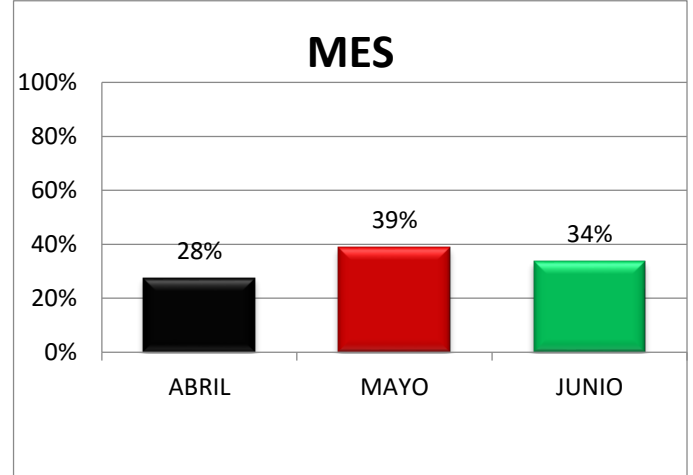
Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales - HNDM

El gráfico no muestra la tasa de accidentabilidad por grupo de ocupación donde Los técnicos de laboratorio (5.26%), esto corresponde al grado exposición y la actividad directa que realizan.

IV. ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

4.1. Informe de vigilancia epidemiológica de diabetes mellitus 2^{do} trimestre (abril, mayo, junio)

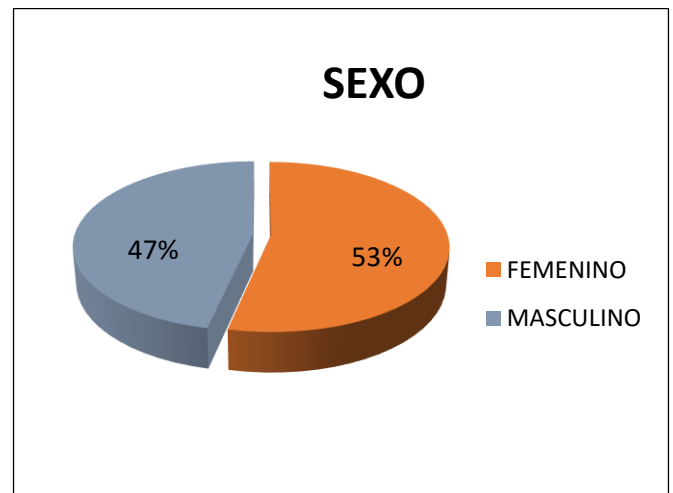
Gráfico N°4.1.1: Incidencia mensual de Diabetes Mellitus segundo trimestre



Fuente: Vigilancia de enfermedades no transmisibles – HNDM

En el gráfico anteriores se aprecia la predominancia del mes de Mayo con 45 casos reportados de un total de 116 que representa el 39% seguido del mes de Junio con 39 casos que representa el 34% del total.

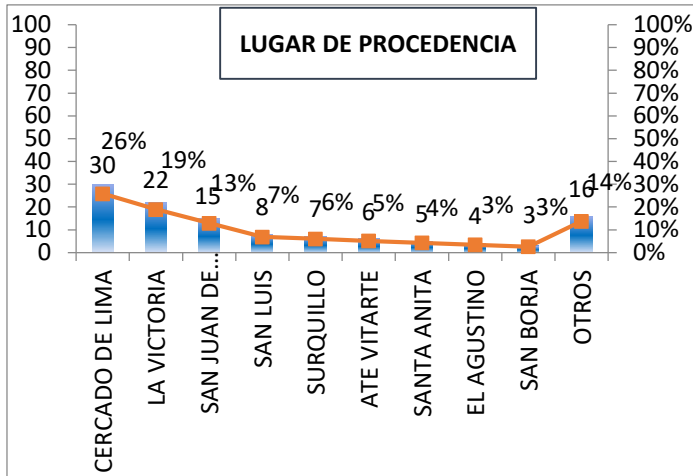
Gráfico N°4.1.2: Incidencia según sexo de Diabetes Mellitus segundo trimestre



Fuente: Vigilancia de enfermedades no transmisibles – HNDM

Con respecto a sexo se aprecia un predominio del femenino con 62 casos reportados que representa el 53% del total.

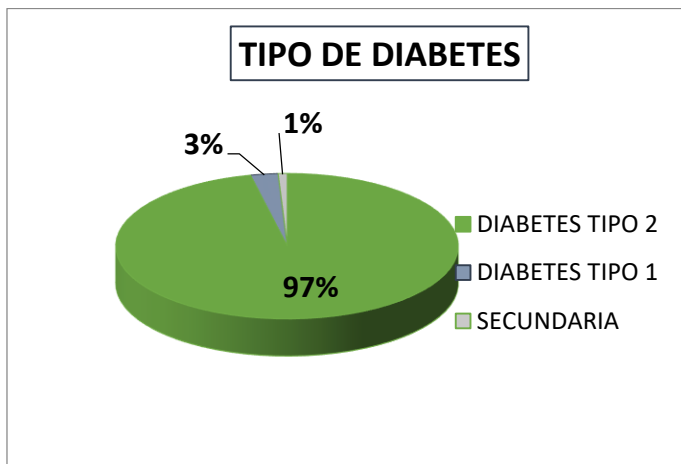
Gráfico N°4.1.3: Incidencia según lugar de procedencia de Diabetes Mellitus segundo trimestre



Fuente: Vigilancia de enfermedades no transmisibles – HNDM

De la tabla y gráfico anteriores se desprende que el distrito del Cercado de Lima encabeza la demanda con 30 casos que representa el 26% del total, seguido de La Victoria con 22 casos que representa el 19% del total. Cabe destacar que en 16 casos (14%) no se ha especificado el distrito de procedencia.

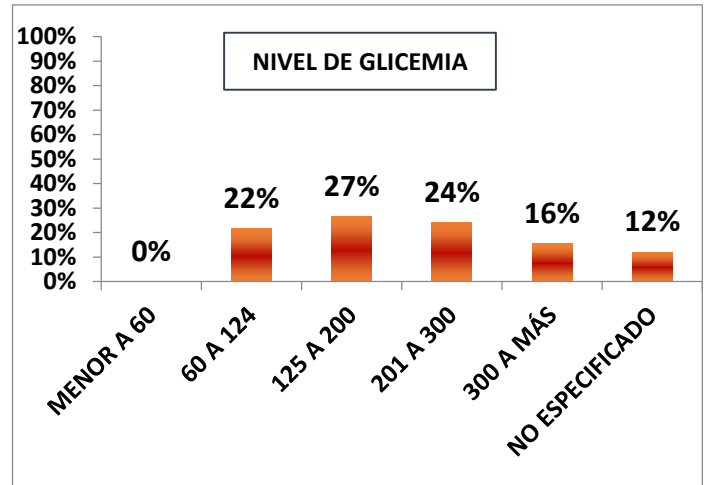
Gráfico N°4.1.4: Incidencia según tipo de Diabetes Mellitus segundo trimestre



Fuente: Vigilancia de enfermedades no transmisibles – HNDM

Gráfico anterior se desprende el casi total predominio de la tipo 2, situación coincidente con la literatura nacional e internacional.

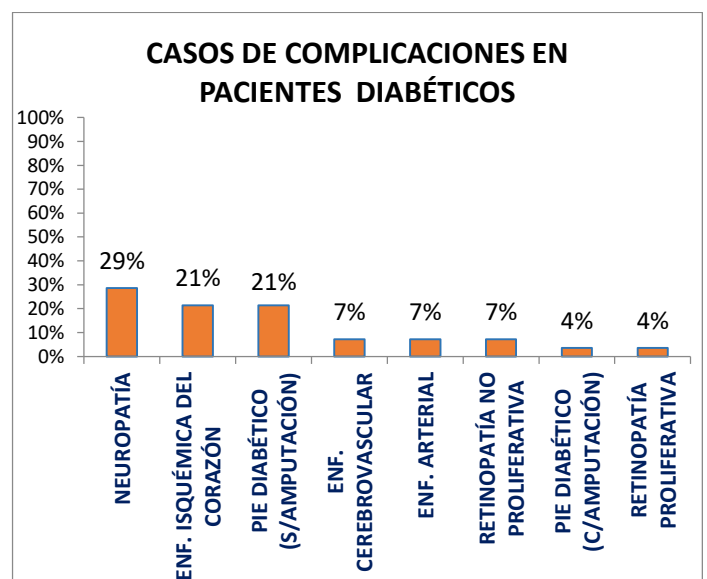
Gráfico N°4.1.5: Nivel de glicemia por grupo etareo de Diabetes Mellitus segundo trimestre



Fuente: Vigilancia de enfermedades no transmisibles – HNDM

Con relación al nivel de glicemia se aprecia un predominio del intervalo comprendido entre 125 y 200 mg./dl. con 31 casos reportados que representan el 27% del total. Por otro lado es importante resaltar que un 16% de los casos admitidos llegan con glicemias muy altas (por encima de 300) situación que también resulta muy preocupante. Sin embargo hay que precisar que no todos los pacientes acuden a consulta en ayunas a pesar de las recomendaciones, porque vienen tomando desayuno o ingiriendo algo en el camino, por lo que algunas glicemias serían post-prandiales, no obstante que el personal de toma de muestras siempre tiene el cuidado de preguntar al paciente si ha ingerido algún alimento.

Gráfico N°4.1.6: Complicaciones de paciente diabéticos mellitus segundo trimestre.



Fuente: Vigilancia de enfermedades no transmisibles – HNDM

En lo tocante a complicaciones destaca Neuropatía con 8 casos que representan el 29% del total seguida de Enfermedad Isquémica del Corazón y Pie Diabético sin amputación con 6 casos cada una que representa el 21%.

Conclusiones:

- En el HNMDM en el segundo trimestre del año 2018, la Diabetes Mellitus afectó principalmente al sexo femenino y al grupo etario comprendido de los 71 años a más siendo el 97% de tipo 2.
- El mes de Mayo registró el mayor número de casos en el trimestre.
- Los pacientes procedieron principalmente del distrito del Cercado de Lima.
- La demanda atendida perteneció en el 72% de casos al SIS.
- Entre las co-morbilidades observadas predominó Hipertensión Arterial y Obesidad.
- En cuanto a las complicaciones destacaron Neuropatía, Enfermedad Isquémica del Corazón y Pie Diabético.

Recomendaciones:

- Los Señores Internos de Medicina como personal encargado de la elaboración de las Historias Clínicas deben consignar datos relevantes en el caso de los pacientes diabéticos como son grado de instrucción, peso, talla, hemoglobina glicosilada, consultas y hospitalizaciones en otros EESS, y cumplimiento o no del tratamiento.
- Recientemente se han sumado los Srs. Médicos Residentes en el apoyo de la captación de casos, situación que debe mantenerse en lo sucesivo para garantizar un mejor registro de casos y de esta manera optimizar la Vigilancia Epidemiológica de la Diabetes Mellitus en el HNMDM en conformidad con la Directiva vigente, labor que debe ser supervisada por el Médico Asistente respectivo.

4.2. Mortalidad vigilancia epidemiológica de la mortalidad Hospitalaria 2^{do} trimestre (abril, mayo, junio)

Tabla 4.2.1: vigilancia epidemiológica de la mortalidad Hospitalaria por servicios.

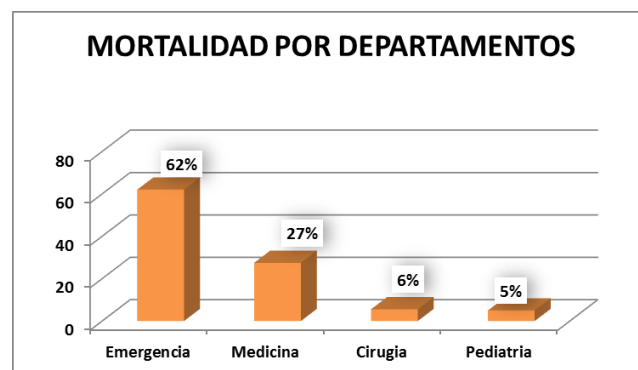
SERVICIO	2do TRIMESTRE 2018	
	Nº	%
Emergencia	177	47
UCI General	52	14

Julián arce	20	5
Santa Ana	19	5
San Pedro	16	4
Santa Rosa III Neumología	14	4
San Andrés	13	3
Santo Toribio	11	3
I2 Neonatología	7	2
Emergencia Pediátrica	7	2
San Antonio	7	2
OTROS	36	9
TOTAL	379	100

Fuente: Historias clínicas de la mortalidad del HNMDM

En la tabla y gráfica anteriores se aprecia que el Servicio de Emergencia sigue liderando largamente la mortalidad del Hospital con 177 casos de un total de 379 que representa el 47% del total, seguido de la UCI General con 52 casos que representa el 14% del total hecho fácilmente deducible considerando que al Servicio de Emergencia acuden mayoritariamente pacientes en extrema gravedad.

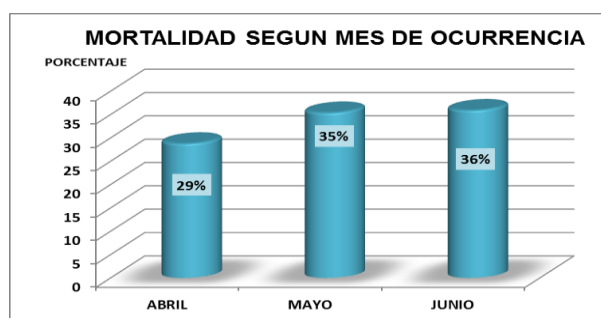
Gráfico 4.2.1: vigilancia epidemiológica de la mortalidad Hospitalaria por departamentos



Fuente: Historias clínicas de la mortalidad del HNMDM

En la tabla anterior se objetiva que en cuanto a Departamentos se refiere, Emergencia continúa encabezando la mortalidad con 235 casos que representa el 61% del total, seguido de Medicina con 104 casos que representa el 27% del total.

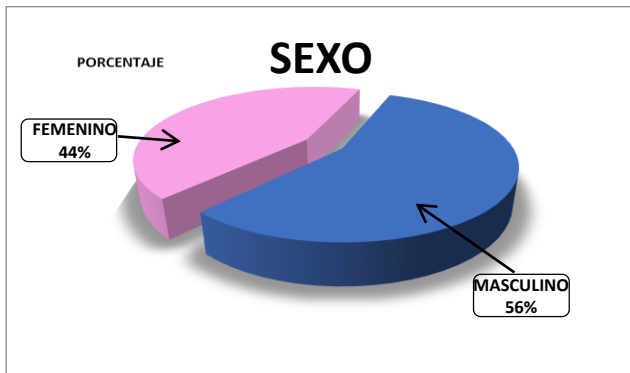
Gráfico 4.2.2: vigilancia epidemiológica de la mortalidad Hospitalaria según mes de ocurrencia.



Fuente: Historias clínicas de la mortalidad del HNMDM

En la tabla y gráfico anteriores se objetiva que en cuanto a Mes se refiere, Junio encabeza la mortalidad con 136 casos que representa el 36% del total, seguido muy de cerca por Mayo con 134 casos que representa el 35% del total.

Gráfico 4.2.3: vigilancia epidemiológica de la mortalidad Hospitalaria según sexo



Fuente: Historias clínicas de la mortalidad del HNDM

En cuanto a sexo respecta, se aprecia un predominio del masculino con 213 casos reportados que representan el 56% del total.

Tabla 4.2.2: Según causa Básica

CAUSA BÁSICA	2do TRIMESTRE 2018	
	Nº	%
Neumonía, organismo no especificado	121	36
TBC Pulmonar c/conf.bacteriol	14	4
Acv/Dcv/Acc. Cerebrovascular	13	4
Infección Urinaria	12	4
Cirrosis Hepática	11	3
TEC Traumatismo Encéfalo Craneano	9	3
Infarto agudo del miocardio	8	2
Fibrosis Pulmonar	8	2
Hemorragia Intrac./Subaracnoidea/Hematoma Intracerebral	7	2
Tumor maligno de los bronquios y del pulmón	6	2
Insuficiencia renal crónica	6	2
Tumor Cerebral	5	1
Tumor maligno del estómago	5	1
Insuficiencia cardíaca	5	1
Endocarditis Bacteriana	4	1
Bronquiectasia	4	1
Linfoma no Hodgkin de otro tipo y el no especificado	4	1
Tumor maligno del páncreas	4	1
Celulitis	3	1

Enfermedades reumáticas de la válvula aórtica	3	1
Leucemia	3	1
Meningitis/Meningoencefalitis	3	1
Cualquier Etiología	3	1
OTROS	81	24
TOTAL	339	100

Fuente: Historias clínicas de la mortalidad del HNDM

En lo tocante a Causa Básica, la Neumonía sobresale ampliamente con 121 casos reportados que representa el 36% del total, seguida de TBC Pulmonar con 14 casos que representa el 4% del total.

Tabla 4.2.3: según causa intermedia:

CAUSA INTERMEDIA	2do TRIMESTRE 2018	
	Nº	%
Carcinomatosis/Cáncer Diseminado	19	26
Insuficiencia Hepática	8	11
Hemorragia Intrac./Subaracnoidea/Hematoma Intracerebral	8	11
Hemorragia Digestiva/Hda	6	8
Insuficiencia cardíaca	5	7
Edema pulmonar	5	7
Várices esofágicas	2	3
Derrame Pleural/Pleuresia	2	3
Hidrocefalia	2	3
Hipertensión Endocraneana	2	3
OTROS	14	19
TOTAL	73	100

Fuente: Historias clínicas de la mortalidad del HNDM

En la tabla precedente se objetiva que la Carcinomatosis encabeza las patologías identificadas como causa intermedia con 19 casos que representa el 26% del total seguido por Insuficiencia hepática y Hemorragia Intracerebral con 8 casos cada una que representa el 11% del total.

Tabla 4.2.4: según causa terminal:

CAUSA TERMINAL	2do TRIMESTRE 2018	
	Nº	%
Shock Séptico	157	46
Insuficiencia respiratoria, no clasificada en otra parte	77	23
Hipertensión Endocraneana	43	13
Coma/Transtorno Del Sensorio	16	5
Shock Cardiogénico	15	4
Shock Hipovolémico	12	4
Encefalopatía Hepática	11	3

Edema agudo pulmonar	3	1
Asfixia del nacimiento	2	1
OTROS	3	1
TOTAL	339	100

Fuente: Historias clínicas de la mortalidad del HNDM

En relación a Causa Terminal se aprecia que Shock Séptico continúa encabezando con 157 casos reportados que representa el 46% del total, seguida de Insuficiencia Respiratoria con 77 casos que representa el 23% del total.

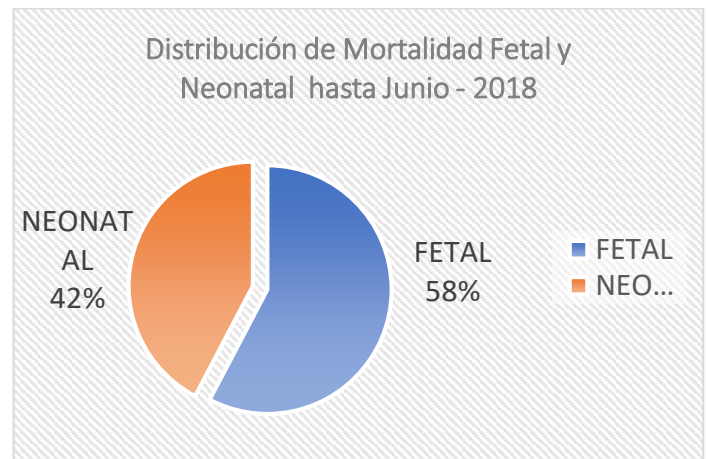
Conclusiones:

- El Servicio y el Departamento de Emergencia siguen liderando la mortalidad hospitalaria al registrar el mayor número de fallecidos en el trimestre, hecho que se explica porque admite en su mayoría a pacientes en extrema gravedad y con complicaciones los mismos que se debaten entre la vida y la muerte.
- El mes de Junio consigné el mayor número de fallecidos en el segundo trimestre.
- El grupo etario más afectado fue el de 65 años a más lo que se explica porque el adulto mayor constituye un segmento poblacional altamente vulnerable por un tema de envejecimiento y mayor padecimiento de enfermedades crónico-degenerativas.
- El distrito de procedencia con mayor número de fallecidos fue La Victoria seguido por el Cercado de Lima que se explica por su cercanía geográfica al Nosocomio.
- El sexo predominantemente afectado fue el masculino situación que tiene que ver con los factores de riesgo y estilos de vida destacables en este género.
- La causa básica de la muerte predominante resultó ser la Neumonía y la causa terminal Shock Séptico.
- En el trimestre fueron reportados 40 casos que llegaron cadáver.
- Continúa constatándose en un importante número de Historias Clínicas revisadas en el trimestre serias deficiencias en la identificación de las causas de defunción básica, intermedia, terminal y contributaria de acuerdo a la clasificación hecha por la O.M.S. no obstante la capacitación recibida para la implementación del Sistema Informático Nacional de Defunciones (SINADEF) del MINSA .

V. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE MORTALIDAD NEONATAL Y FETAL.

La Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Neonatal y Perinatal ha permitido caracterizar el perfil epidemiológico de la mortalidad en este grupo de edad en la Institución. En Junio del presente año, se ha notificado sólo 01 muerte fetal (100%), no se presentaron muertes neonatales.

En el acumulado de Muertes perinatales (Fetales más neonatales), se registran 26 muertes perinatales, siendo las más frecuentes las Muertes Fetales con 15 casos (58%), seguido de las Muertes neonatales con 11 casos(42%). (Ver gráfico).



Fuente: Base de datos del VEA-HNDM.

Tabla N° 5.1: muertes fetales y neonatales según peso al nacer y tipo de parto

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	3	1	4	0	4	3	1	0	1	3	4
1000 - 1499 grs	6	0	6	0	6	0	0	0	0	0	0
1500 - 1999 grs	0	2	2	0	2	2	0	1	1	0	2
2000 - 2499 grs	1	0	1	0	1	1	2	0	2	1	3
2500 - 2999 grs	1	1	2	0	2	0	0	0	0	0	0
3000 - 3499 grs	0	0	0	0	0	0	2	1	0	1	2
3500 - 3999 grs	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4000 - 4499 grs	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
>=4500 grs	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	11	4	15	0	15	6	5	2	4	5	11

Fuente: Base de datos del VEA-HNDM.

Hasta Junio 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 22 a 38 semanas, con pesos de 500 – 2.999 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 nueve natimueertos de parto vaginal (11 casos) y 04 por cesárea. Un 53% de muertes perinatales tienen

pesos por debajo de 1500 gr. (14/26), siendo más notorio en las muertes fetales (38%).

El perfil epidemiológico de las muertes neonatales muestra edades gestacionales de los fallecidos de 24 a 40 semanas, con pesos al nacer de 500 - 3.499 gramos, con insuficientes CPN, nacidos de parto por vaginal (06) y nacidos de parto por Cesárea (05); siendo la causa básica de mortalidad neonatal la Sepsis Neonatal y Anencefalia.

Además un hecho común a todas las muertes que se hace evidente en la Vigilancia epidemiológica de Mortalidad Perinatal es la disminución en la cobertura del control prenatal, con déficit en la calidad de esta actividad, lo que tiene como consecuencia que no se reconozcan y traten oportunamente las complicaciones maternas.

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

DIAGNOSTICOS	CODIGO CIE X	PESO AL NACIMIENTO						TOTAL
		500 - 999 grs.	1000 - 1499 grs.	1500 - 1999 grs.	2000 - 2499 grs.	2500 - 2999 grs.	≥ 3000 grs.	
Muerte fetal de causa no especificada	P95	1	3	1	1	1	0	7
Inmadurez extrema	P07.2	2	1	0	0	0	0	3
Feto y recién nacido afectados por corioamniotitis	P02.7	1	1	0	0	0	0	2
Feto y recién nacido afectados por placenta previa	P02.0	0	0	1	0	0	0	1
Síndrome del recién nacido de madre con diabetes gestacional	P70.0	0	0	0	0	1	0	1
Feto y recién nacido afectados por oligohidramnios	P01.2	0	1	0	0	0	0	1
TOTAL GENERAL		4	6	2	1	2	0	15

Fuente: Base de datos del VEA-HNDM.

En Junio del presente año, según codificación CIE – 10 la causa básica de Mortalidad Fetal es de fuente desconocida.

Hasta Junio del presente año, según codificación CIE-10 las causas básicas de Mortalidad Fetal siguen siendo de causa no especificada (47%), seguido de prematuridad extrema (20%).

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

DIAGNOSTICOS	CODIGO CIE X	PESO AL NACIMIENTO						TOTAL
		500 - 999 grs.	1000 - 1499 grs.	1500 - 1999 grs.	2000 - 2499 grs.	2500 - 2999 grs.	≥ 3000 grs.	
Sepsis bacteriana del recién nacido	P36	2	0	0	0	0	0	2

Anencefalia	Q00.0	0	0	1	1	0	0	2
Hernia diafragmatica congenita	Q79.0	0	0	0	0	0	1	1
Malformación congénita	Q89.9	0	0	1	0	0	0	1
Hidropesía fetal no debida a enfermedad hemolítica	P83.2	0	0	0	1	0	0	1
Neumonía congénita debida a otros organismos	P23.8	0	0	0	0	0	1	1
Malformaciones congénitas múltiples	Q89.7	0	0	0	1	0	0	1
Enterocolitis necrotizante	P77	1	0	0	0	0	0	1
Inmadurez extrema	P07.2	1	0	0	0	0	0	1
TOTAL GENERAL		4	0	2	3	0	2	11

Fuente: Base de datos del VEA-HNDM.

En Junio del presente año, no se presentaron casos de Mortalidad Neonatal. En el acumulado a Junio del presente año, la causa más frecuente de Mortalidad Neonatal son Sepsis Neonatal y/o Anencefalia (18%) respectivamente.

Hasta Junio del presente año, las causas más frecuentes de Mortalidad Perinatal son Muerte Fetal de causa no especificada con 07 casos (27%), seguido de Prematuridad extrema con 04 casos (15%). (Ver gráfico N° 02).

Gráfico N°5.2: distribución porcentual de muertes perinatales

Gráfico N° 02: Distribución porcentual de muertes Perinatales hasta Junio 2018, HNDM

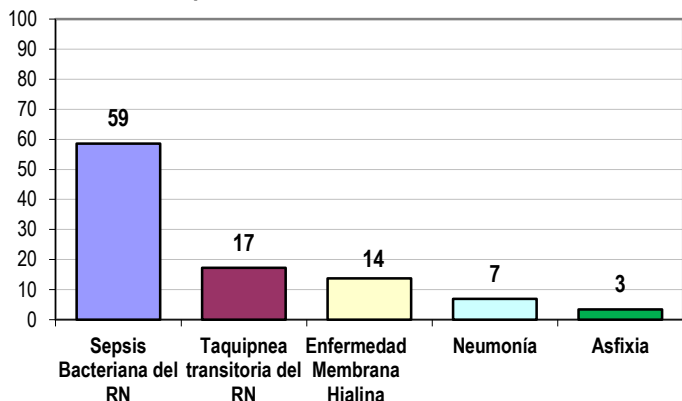


Fuente: Base de datos del VEA-HNDM.

Según distribución porcentual de Muertes perinatales hasta mayo del presente año, se puede apreciar que la mayor ocurrencia de casos es Muerte Fetal de causa no especificada (27%), seguido de Prematuridad extrema (15%).

Gráfico N°5.3: distribución porcentual de tipos de complicación neonatal

Gráfico N° 03: Distribución Porcentual de los tipos de complicación neonatal, Junio 2018, HNMD

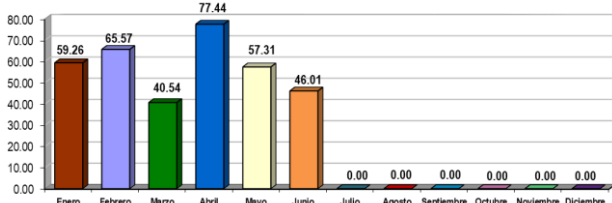


Fuente: Base de datos del VEA-HNDM.

Durante Junio del presente año se atendieron 29 recién nacidos complicados. Las complicaciones más frecuentes siguen siendo la Sepsis Neonatal con 17 casos (59%), seguido de Taquipnea transitoria del recién nacido con 05 casos (17%) (Ver Gráfico N° 03). En Junio del presente año no se presentaron casos de Mortalidad neonatal.

Gráfico N°5.4: tasa de incidencia de bajo peso al nacer

Gráfico N° 04: Tasa de Incidencia de Bajo peso al nacer, hasta Junio - 2018

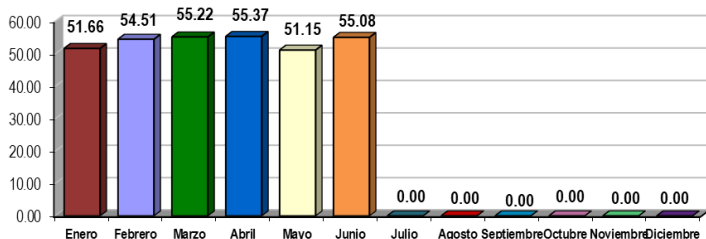


Fuente: Base de datos del VEA-HNDM.

En Junio del presente año, se observa que la Tasa de incidencia de bajo peso al nacer es de 46.01 x 1000 recién nacidos vivos, siendo la tendencia descendente en los dos últimos meses.

Gráfico N°5.5: tasa de cesárea general

Gráfico N° 05: Tasa de Cesárea General, hasta Junio - 2018



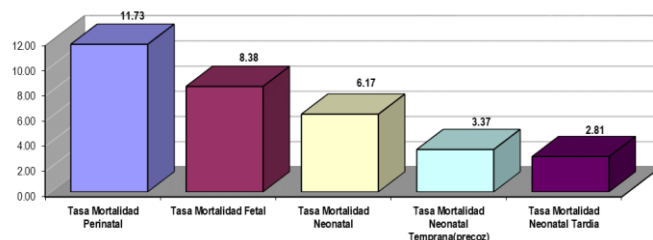
Fuente: Base de datos del VEA-HNDM.

La proporción de partos complicados sigue siendo alta (78.46%), dado que el HNMD es un Establecimiento de referencia nacional. En Junio la tasa de cesárea general fue de 55.08 %, el resto de partos fueron partos vaginales distócicos.

La tasa de cesárea en RN de bajo peso al nacer fue de 3.69%, 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 8.92% y la tasa de cesárea con RN macrosómico es de 6.77%.

Gráfico N°4.7: tasa de mortalidad fetal y neonatal

Gráfico N° 06: Tasas de Mortalidad Fetal y Neonatal, hasta Junio - 2018



Fuente: Base de datos del VEA-HNDM.

En relación a las Tasas de Mortalidad Perinatal, se puede apreciar hasta junio del presente año, que la Tasa de Mortalidad Perinatal es de 11.73 x 1000 nacimientos, la tasa de Mortalidad Neonatal fue de 6.17 x 1000 RN Vivos, la Tasa de Mortalidad neonatal precoz es de 3.37 x 1000 RN Vivos; la Tasa de Mortalidad Fetal es de 8.38 x 1000 nacimientos.

En Junio del presente año, la Tasa de Mortalidad Perinatal y Tasa de Mortalidad Fetal es de 3.05 X 1000 nacimientos.

Conclusiones:

- En Junio del presente año, se ha presentado solo un caso de Natimuerto.
- En Junio del presente año, no se presentaron casos de Mortalidad neonatal.
- En mayo del presente año se han notificado 03 muertes perinatales, siendo todas muertes fetales, no se presentaron casos de Mortalidad neonatal.
- Para las muertes fetales, la causa básica sigue siendo no especificada, esto asociado a la no aplicación de necropsia.
- La causa más frecuente de Mortalidad neonatal sigue siendo por Sepsis Neonatal y Malformaciones congénita - Anencefalia.
- En relación a las Tasas de Mortalidad Perinatal, se puede apreciar hasta Junio del presente año, que la Tasa de Mortalidad Perinatal es de 11.73 x 1000 nacimientos, la Tasa de Mortalidad Neonatal es de 6.17 x 1000 RN Vivos, la Tasa de Mortalidad neonatal temprana es de 3.37 x 1000 RN Vivos, la Tasa de Mortalidad neonatal tardía es de 2.81 x 1000 RN

Vivos y la Tasa de Mortalidad Fetal es de 8.38 x 1000 nacimientos.

- En Junio del presente año, la residencia habitual del natimuerto fue del distrito San Juan de Lurigancho.
- Hasta Junio del presente año, el momento de ocurrencia del fallecimiento de los natimueertos ocurrieron durante el anteparto, siendo el lugar de la muerte en la comunidad.

- Los Servicios, Neumología “Santa Rosa III”, Nefrología – Hemodiálisis, Cirugía I-3, Urología I-1, Traumatología “El Carmen”, Farmacia, de calificación Bueno en el Mes de Mayo, pasaron al Mes de Junio-18 a calificación Regular.
- Los Servicios San Andrés, Julián Arce, Cirugía H-3, Cirugía H-4, Cirugía I-4, Obstetricia H-2, Centro Obstétrico y Recuperación, Neonatología I-2, Emergencia y Cuidados Críticos, continúan manteniendo la Calificación Regular en los meses de Mayo y Junio, esto es debido al inadecuado manejo de los residuos sólidos hospitalarios.

VI. EVALUACIÓN POR DEPARTAMENTOS DEL MANEJO DE RESIDUOS HOSPITALARIOS.

Cuadro N° 6.1: evaluación por departamentos del manejo de residuos sólidos hospitalarios

DEPARTAMENTOS	CALIFICACION		
	BUENO (%)	REGULAR (%)	MALO (%)
Departamento de medicina	71	29	-
Departamento de especialidades medica	75	25	-
Departamento de cirugia	-	100	-
Departamento de gineco-obstetricia	-	100	-
Departamento de pediatria	50	50	-
Dpto de odontostomatologia	100	-	-
Dpto. De diagnóstico por imágenes	100	-	-
Departamento de farmacia	-	100	-
Departamento de enfermeria	100	-	-
Dpto. De anestesiologia y centro qx	100	-	-
Departamento de emergencia	-	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 VRS-HNDM.

- Los Servicios, Santa Ana, San Pedro, Santo Toribio, San Antonio I, San Antonio II, Infectología “Santa Rosa II”, Oncología Médica (Quimioterapia), Pediatría, Odontostomatología, Diagnóstico por Imágenes, Central de Esterilización, Anestesiología y Centro Quirúrgico (SOPC), Sala de Operaciones de Emergencia, Patología Clínica, Banco de Sangre y Hemoterapia, Unidad de Cuidados Cardiovasculares Post Quirúrgico y Unidad de Cuidados Cardiovasculares Agudos y Coronario, han obtenido una calificación Bueno en los Meses de Mayo y Junio - 18, debido al adecuado manejo de los residuos sólidos hospitalarios.
- El Servicio de Recuperación de Emergencia, de calificación Regular en el Mes de Mayo pasó al Mes de Junio a calificación Bueno.

ALERTA EPIDEMIOLÓGICA A NIVEL NACIONAL**PERÚ** Ministerio de Salud

Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Diálogo y Reconciliación Nacional"**ALERTA EPIDEMIOLÓGICA****Alerta en establecimientos de salud a nivel nacional ante el riesgo de casos importados de sarampión****CÓDIGO: AE – CDC N° 008 - 2018****I. Objetivo**

Informar a los servicios de salud del país públicos y privados sobre el alto riesgo de transmisión de sarampión en el Perú ante notificación de un nuevo caso de sarampión, con la finalidad de continuar con el fortalecimiento de la vacunación, intensificación de la vigilancia del síndrome febril con erupción maculo-papular y otras acciones de prevención y control en la población y en los establecimientos de salud públicos y privados.

II. Antecedentes

En septiembre del 2016 se declaró la eliminación del sarampión de las Américas, un logro muy importante para la región, sin embargo, el sarampión es una enfermedad de alta transmisibilidad, por lo que su actual circulación tiene gran relevancia por ser una región altamente interconectada por el turismo, lo que ha conllevado a un mayor flujo migratorio en los últimos años. En el Perú, el último caso autóctono reportado fue en el año 2000, en el distrito de Ventanilla (Región Callao). En el año 2008 y 2015, se presentaron casos relacionados a la importación (1 y 4 casos respectivamente). En el presente año (SE 09 y 11), se confirmaron dos casos de sarampión cuyo lugar probable de infección sería la ciudad de Juliaca-Puno. Posterior a ello no se han identificado nuevos casos.

Actualmente, existe en Europa la circulación viral de sarampión que aunado a la congregación de turistas peruanos en la Copa Mundial de Fútbol FIFA 2018, incrementan el riesgo de exposición y potencial epidémico de personas que podrían adquirir dicha enfermedad y posteriormente iniciar la cadena de transmisión una vez retornado al país.

III. Situación actual

Entre las semanas epidemiológicas SE 1 y 22 de 2018, son 11 los países que notificaron 1.685 casos confirmados de sarampión en la Región de las Américas: Antigua y Barbuda (1 caso), Argentina (3 casos), Brasil (114 casos), Canadá (11 casos), Colombia (26 casos), Ecuador (12 casos), Estados Unidos de América (84 casos), Guatemala (1 caso), México (4 casos), Perú (2 casos) y la República Bolivariana de Venezuela (1.427 casos). Esta cifra es superior a lo registrado en 2017 cuando cuatro países notificaron 895 casos confirmados de sarampión en todo el año: Argentina (3 casos), Canadá (45 casos), los Estados Unidos de América (120 casos) y Venezuela (727 casos).¹ La circulación del virus de sarampión en países Europeos,

En el Perú, en la SE 26, se reportó un menor de 1 año y 1 mes, de sexo masculino, procedente de Venezuela, quien en compañía de sus familiares, se desplazó por Venezuela, Colombia y Ecuador, así como por la costa norte del Perú hasta llegar a Lima (distrito San Juan de Lurigancho) entre el 18 y 24/06/2018.

De acuerdo a la investigación epidemiológica, el 15/06/2018, presentó cuadro clínico caracterizado por vómitos y diarrea (3 a 5 v/día). El 19/06/2018, se adiciona al cuadro fiebre no cuantificada, por lo que la madre le administra antipirético (acetoaminofen). El 27/06/2018, presenta fiebre y erupción maculo papular generalizada y continúa con cuadro diarreico en menor frecuencia, motivo por el cual es llevada al CS Jose Carlos Mariategui de San Juan de Lurigancho, donde es evaluado y se le diagnostica: dermatitis alérgica de etiología a determinar, se indica tratamiento y retorno a domicilio. El 29/06/2018, ante la persistencia de síntomas, acude al hospital de San Juan de Lurigancho (HSJL) por el servicio de emergencia, donde es evaluado y se decide su hospitalización con el diagnóstico: SOB: d/c neumonía, d/c sarampión. El 03/07/2018, el Instituto Nacional de Salud, emite resultado IgM(+) a sarampión. Actualmente, el menor se encuentra aislado en el servicio de pediatría, con evolución favorable. El caso se encuentra en investigación

Antecedente epidemiológico:

- Menor viajó, en compañía de siete miembros de su familia (padres, abuelos y tíos), de los cuales hay un menor de 8 años
- El 22/06/2018, recibió vacuna contra Sarampión (SPR 1ª dosis), en un EESS de Ecuador.

¹ OMS, Actualización de Alerta Epidemiológica Sarampión. Disponible en:

https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=45351&lang=es





IV. Recomendaciones

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

Las GERESA/DIRESA/DIRIS del país, redes y establecimientos de salud deben continuar con el fortalecimiento de las actividades de vigilancia, prevención y control de sarampión en su jurisdicción, supervisando la implementación de las siguientes recomendaciones:

- Vigilancia basada en notificación de casos:
 - Difundir a todo el personal de salud la **definición de caso sospechoso de sarampión**: *"Toda persona de cualquier edad, de quien un trabajador de salud sospecha que tiene sarampión o rubéola, o todo caso que presente fiebre y erupción máculo-papular, no vesicular"*.
 - **Notificación inmediata de todo caso sospechoso** y llenado de ficha de investigación clínico epidemiológica por parte de personal de salud responsable de la atención médica del caso, quien reporta el caso al responsable de epidemiología o quien haga sus veces en el establecimiento de salud.
El responsable de epidemiología realizará el llenado correcto de la ficha, legibilidad de la letra y la consistencia de los datos escritos en la ficha. Asimismo, realizará el visado obligatorio de la ficha de investigación clínico epidemiológica, paralelamente se enviará una copia de la ficha de investigación a laboratorio para que realice la obtención de la muestra para aislamiento viral y serología e investigación epidemiológica dentro de 48 horas de conocido el caso según lo establecido en la "Directiva Sanitaria N°049 MINSA/DGE-V-01 Directiva Sanitaria para la Vigilancia Epidemiológica de Sarampión, Rubéola y otras Enfermedades Febriles Eruptivas"
- Garantizar la disponibilidad de insumos para la obtención de muestras de suero, hisopado nasofaríngeo y medios de transporte viral, así como el traslado oportuno de las muestras al laboratorio referencial del INS, dentro de 5 días de captado el caso.
- Se realizará la búsqueda activa institucional (BAI) de manera diaria en los servicios de emergencia de los establecimientos de salud que estará a cargo del personal responsable de epidemiología o quien haga sus veces y se realizará el BAI de manera semanal en consultorios externos y emergencia donde la Oficina de Estadística retroalimentará a las Oficinas/Unidades de Epidemiología proporcionando la base de datos con los diagnósticos diferenciales.
- Se debe de implementar una sala de situación que contenga información epidemiológica, seguimiento de contactos, información sobre la BAI, avance de las coberturas de vacunación y será actualizada de manera semanal.
- Se implementará la notificación diaria de casos. Cada GERESA/DIRESA/DIRIS reportará al Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades vía correo electrónico brotos_dge@dge.gob.pe la notificación negativa o positiva de casos. En los casos en que la notificación sea positiva, se remitirá adicionalmente la ficha de investigación escaneada, el corte para el envío de la información será a las 15:00 hrs.
- Continuar con la capacitación al personal de salud para garantizar la pronta identificación, notificación e investigación de todo caso de enfermedad febril eruptiva.
- Garantizar coberturas de SPR (2) de 95% o más en niños menores de 5 años.
- Convocar al equipo técnico de inmunizaciones para evaluar las coberturas de vacunación de SPR (2) y tasas de notificación e investigación de casos de sarampión/rubéola a nivel distrital y establecimiento de salud para identificar brechas prioritarias e implementar estrategias para reducirlas.
- Implementar un plan comunicacional dirigido a la población general, puntos de entrada y puestos migratorios con mensajes claves de identificación de signos y síntomas, teléfono de contacto con sistema 24/7 y listado de establecimientos de salud disponibles para la atención.
- Las actividades diarias y semanales continuarán hasta el alta epidemiológica (contados a partir de la presentación del último caso confirmado hasta dos periodos de incubación).

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

Lima, 05 de julio de 2018

MINISTERIO DE SALUD
CENTRO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES

.....
LUIS SUÁREZ OGNIO
DIRECTOR GENERAL



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

Médico Jefe

MC. José Luis Bolarte Espinoza

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

MC. José Luis Bolarte Espinoza

Equipo de Trabajo de Vigilancia Epidemiológica

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

Equipo de Trabajo Salud Ambiental

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

Edición, Compilación y codificación

MC José David Ramos Rico
Residente de Gestión

Equipo de Informática

Sra. Andrea Ydoña Cuba
Ing. Estadística Marianela Narro Dueñas

Lima - Junio 2018