



CONTENIDO:

EDITORIAL:

Pág. 1

1. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS

Pág. 2

2. DAÑOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA

Pág. 5

3. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE ACCIDENTES OCUPACIONALES

Pág. 7

4. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE MORTALIDAD NEONATAL Y FETAL

Pág. 9

. EVALUACIÓN POR DEPARTAMENTOS DEL MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS HOSPITALARIOS

Pág. 11

EDITORIAL

Tuberculosis en personal de salud, problema actual de salud pública

La Tuberculosis (TB) en el Perú constituye un problema de salud pública, por tanto la transmisión del *Mycobacterium tuberculosis* al interior de los establecimientos de salud es alta, siendo el personal de salud asistencial uno de los más afectados por estar expuesto al riesgo de infectarse de manera permanente.

La Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la tuberculosis en su informe del 2008 publica los resultados de una encuesta referente a tuberculosis en personal de salud en el Perú, que contiene información de 38 hospitales a nivel nacional entre los años 2000 a 2007, reportándose 602 trabajadores de salud con TB, de éstos los técnicos de enfermería fueron el grupo ocupacional más afectado con 129 casos, seguido por el personal médico con 118 casos. Asimismo, del total de la población de salud con tuberculosis, 154 tenían TB Multidrogoresistente (MDR), concentrándose el 84% de casos resistentes en las Diresas de Lima y Callao.

La mayoría de casos se concentró en el servicio de laboratorio con una tasa de 6977 x 100,000 TS, seguido del servicio de hospitalización de medicina con 932 x 100.00 TS

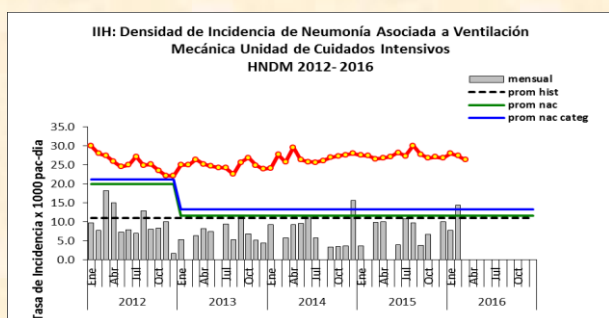
En la actualidad la prevención y el control del M. Tuberculosis en los establecimientos de salud centra sus acciones en tres componentes o medidas de control: a) Medida administrativa, de primera prioridad en el que se incluye la detección y diagnóstico oportuno, tratamiento y separación oportuno, capacitación al personal y la elaboración de planes de control de infecciones ; b) Medida de control ambiental, segunda prioridad en la que se incluye la ventilación, uso de luz ultravioleta y la utilización de filtros de alta eficiencia de filtración y c) protección respiratoria, considerada de tercera prioridad donde se incluye el uso de respiradores y la práctica de higiene respiratoria.

En nuestro país el mayor porcentaje de los establecimientos de salud corresponden al Estado, específicamente al Ministerio de Salud, siendo en su gran mayoría, estos establecimientos, de construcciones antiguas, hecho que aunado a la gran demanda y consiguiente hacinamiento hospitalario, se convierte en una barrera importante para lograr el control de infecciones; sin embargo, en este contexto podemos aplicar medidas administrativas, que están destinadas a disminuir el tiempo de contacto de pacientes bacilíferos con los trabajadores de salud. La limitación más grande se encuentra en la ventilación de ambientes, sin embargo las Salas de hospitalización con techos elevados y grandes ventanales, que caracterizan a algunos hospitales, ofrecen un ambiente con la suficiente ventilación, para garantizar los 12 a más recambios de aire, cifra promovida desde la Organización Panamericana de la Salud, como medida adecuada medioambiental para la prevención de que las gotas con núcleos infectados tomen mayor tiempo de contacto con las vías respiratorias. Por otro lado, a pesar de la capacitación constante aún no existe la cultura de la prevención y la protección específica, así como bioseguridad en el personal de salud, para el uso suficiente y adecuado de respiradores N95, como medida de protección personal para gotas mayores a cinco micras de diámetro exhaladas por pacientes infectantes, convirtiéndose en blanco fácil de cualquier tipo de infecciones transmitidas por esta vía.

1. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS

En el presente boletín se presenta el comportamiento de las IIH que tienen mayor frecuencia y las asociadas a factores de riesgo extrínsecos (procedimientos invasivos). Esta Información procede de una cobertura de vigilancia epidemiológica de 450 camas hospitalarias, de un total de 641 camas censadas según la Oficina de Estadística e Informática para el 2015.

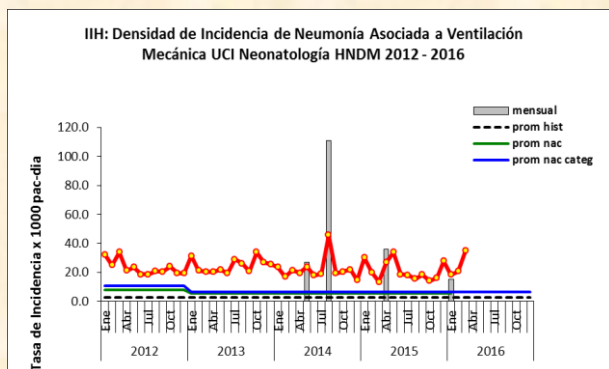
Figura 1: Densidad de Incidencia de Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica (NAV) – UCI. HNDM 2012 – marzo 2016



Fuente: Base de datos de VIII– HNDM

La tendencia de las Neumonías Asociadas a Ventilación Mecánica en la Unidad de Cuidados intensivos durante el año 2015 hasta marzo de 2016, se ha mantenido por debajo del Promedio Nacional, del Promedio Histórico y del Promedio Nacional por Categoría. Durante el mes de marzo de 2016, no se han registrado casos de Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica, es importante resaltar que se mantuvieron durante el mes 31 pacientes sometidos a V.M., con 313 días de exposición.

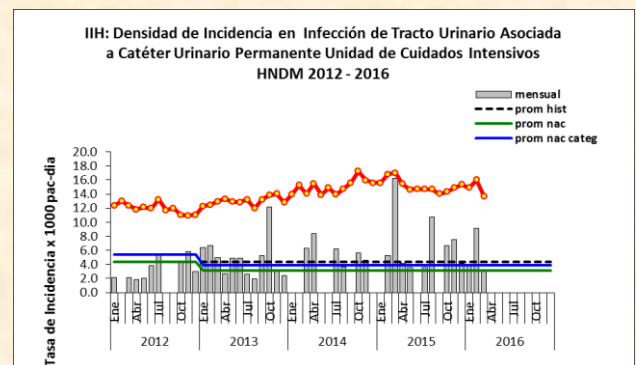
Figura 2: Densidad de Incidencia de Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica (NAV) – UCI Neonatal. HNDM. 2012 – marzo 2016.



Fuente: Base de datos de VIII– 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 marzo del 2016, sin embargo, se vigilaron 02 pacientes sometidos a 16 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.

Figura 3: Densidad de Incidencia de Infección de Tracto Urinario Asociado a Catéter Urinario Permanente en la UCI. HNDM. 2012 – marzo 2016

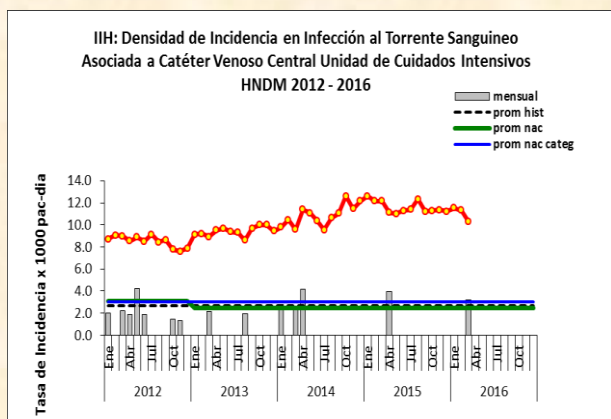


Fuente: Base de datos de VIII– HNDM

En la Unidad de Cuidados Intensivos durante el mes de marzo del año 2016, hubo una Infección Urinaria Asociada a Catéter Urinario Permanente, que representa una tasa de densidad de incidencia de 2.96x1000días/cat. En el mes se identificaron 42 pacientes vigilados con 338 días de exposición.

La Infección Urinaria Asociada a Catéter Urinario en la actualidad plantea como un problema clínico, epidemiológico y terapéutico de máxima importancia, por lo que la prevención es tarea prioritaria. La aplicación de las listas de cotejo de la metodología Bundle para prevenir las Infecciones Urinarias Asociadas a Catéter Urinario Permanente, se continúan desarrollando en este servicio.

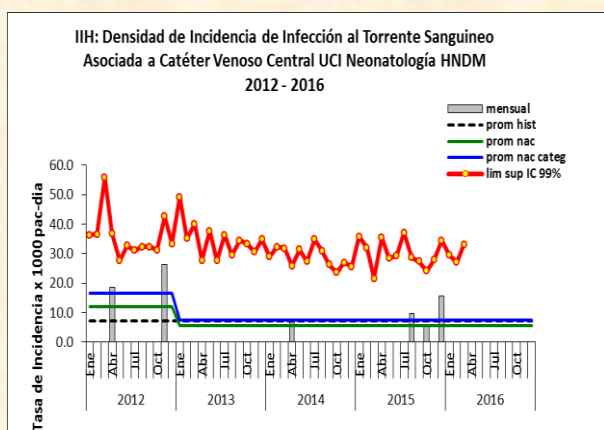
Figura 4: Densidad de Incidencia de Infección al Torrente Sanguíneo Asociada a Catéter Venoso Central UCI. HNDM. 2012 – marzo 2016.



Fuente: Base de datos de VEA – HNDM

En relación a la Infección del Torrente Sanguíneo asociado a Catéter Venoso Central en la Unidad de Cuidados Intensivos durante el mes de marzo del 2016 se ha reportado un caso, que representa una tasa de densidad de incidencia de 3.17×1000 días/cvc, se mantuvieron en vigilancia 41 pacientes con 315 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.

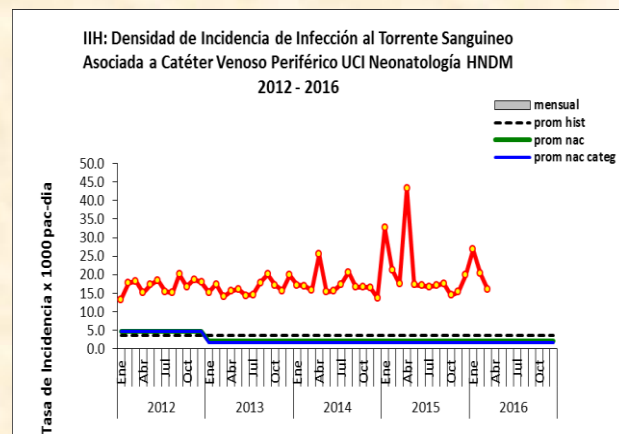
Figura 5: Densidad de Incidencia de Infección al Torrente Sanguíneo Asociada a Catéter Venoso Central UCI Neonatología. HNDM. Febrero 2012 – marzo 2016.



Fuente: Base de datos de VEA – HNDM.

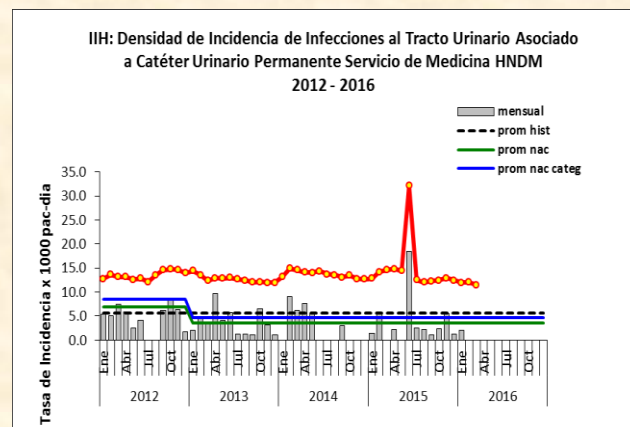
Las Infecciones de Torrente Sanguíneo asociada a CVC en el servicio de UCI de neonatología, durante el mes de marzo del 2016 no hubo casos. Estuvieron sometidos a vigilancia epidemiológica 06 pacientes con 71 días de exposición. El fortalecimiento de las medidas de bioseguridad son las acciones de mayor impacto, lo cual se debe continuar para mantener la reducción de éste tipo de infecciones

Figura 6: Densidad de Incidencia de Infección al Torrente Sanguíneo Asociada a Catéter Venoso Periférico UCI Neonatología. HNDM. 2012 – marzo 2016.



En relación a las Infecciones de Torrente Sanguíneo Asociada a Catéter Venoso Periférico, en el mes de marzo del año 2016 no se presentaron casos en Neonatos, se sometieron a vigilancia epidemiológica 58 pacientes con 154 días de exposición.

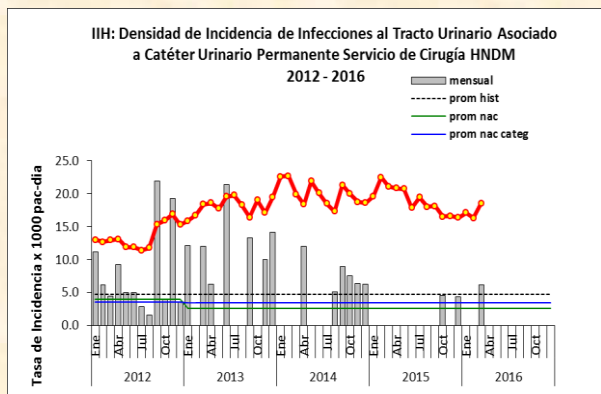
Figura 7: Densidad de Incidencia de Infecciones del Tracto Urinario asociado a Catéter Urinario Permanente Servicio de Medicina. HNDM. 2012 – marzo 2016



Fuente: Base de datos de VEA – HNDM

Durante el mes de marzo del año 2016 en el Departamento de Medicina, no se han presentado casos de ITU asociada a CUP, se vigilaron 119 pacientes con 1121 días de exposición. Se inició la implementación de la metodología Bundle, mediante la aplicación de las listas de cotejo en este mes.

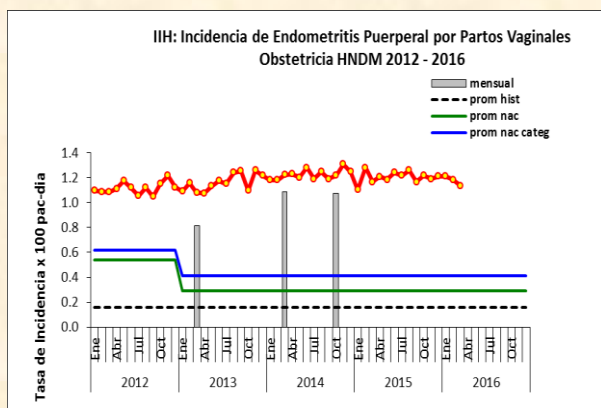
Figura N 8: Densidad de Incidencia de Infecciones del Tracto Urinario asociado a Catéter Urinario Permanente. Servicio de Cirugía. HNMD. 2012 – marzo 2016



Fuente: Base de datos de VEA – HNMD

En el Departamento de Cirugía durante el mes de marzo del año 2016 se ha reportado un caso de ITU asociada a CUP, que representa una tasa de densidad de incidencia de 6.17×1000 d/c, sobrepasando ligeramente el Promedio Histórico, Promedio Nacional y por Categoría. Se han vigilado 41 pacientes con 162 días de exposición. De todos modos, se implementará la metodología Bundle, mediante la aplicación de las listas de cotejo como medida preventiva

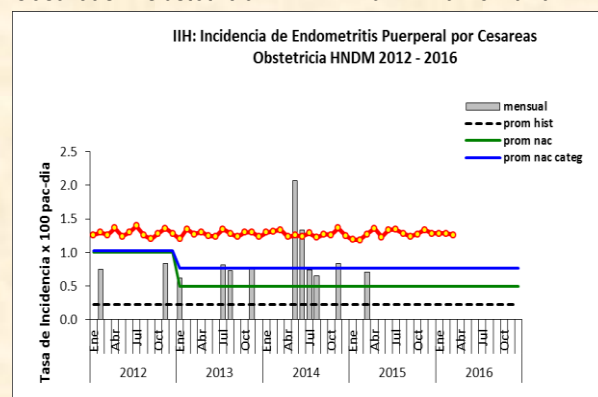
Figura 9: Incidencia de Endometritis Puerperal por Partos Vaginales – Obstetricia. HNMD. 2012-marzo 2016



Fuente: Base de datos de VEA – HNMD

Durante el mes de marzo del año 2016 no se han presentado casos de endometritis puerperal por parto vaginal. El uso de técnica aséptica en todos los procedimientos relacionados con el seguimiento y atención del parto es uno de los factores importantes en la prevención de endometritis puerperal. El total de partos atendidos fueron 109

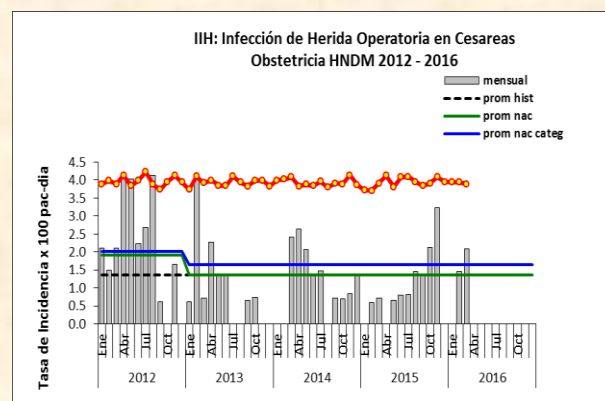
Figura 10: Incidencia de Endometritis Puerperal por Cesáreas – Obstetricia. HNMD. 2012- marzo 2016



Fuente: Base de datos de VIII– HNMD

En el mes de marzo del 2016 no se han reportado casos de endometritis puerperal por cesárea. La presencia de endometritis puerperal por cesárea, está relacionada al número de tactos vaginales realizados antes de la cesárea, sin embargo, en ésta juegan roles importantes también los antecedentes maternos que pudieran contribuir a la presencia de endometritis. Las Cesáreas realizadas fueron 144 durante el mes de marzo.

Figura 11: Incidencia de Infección de Herida Operatoria en Cesárea – Obstetricia. HNMD. 2012- marzo 2016



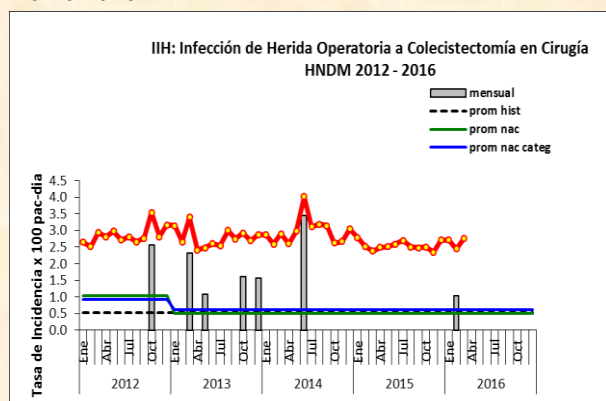
Fuente: Base de datos de VEA – HNMD

En el gráfico podemos observar que, durante el mes de marzo del 2016, se han reportado tres casos de Infección de Herida Operatoria en Cesárea, que representa una tasa de 2.08×100 procedimientos, en relación al mes anterior se incrementó.

Las Cesáreas realizadas fueron 144 durante el mes. Es importante el cumplimiento de las acciones de prevención durante la peri operatoria a toda paciente que se realiza una cesárea. La vigilancia de las infecciones de herida operatoria es muy importante, ya

que estudios de investigación han demostrado que la vigilancia por si sola reduce la frecuencia de estas infecciones

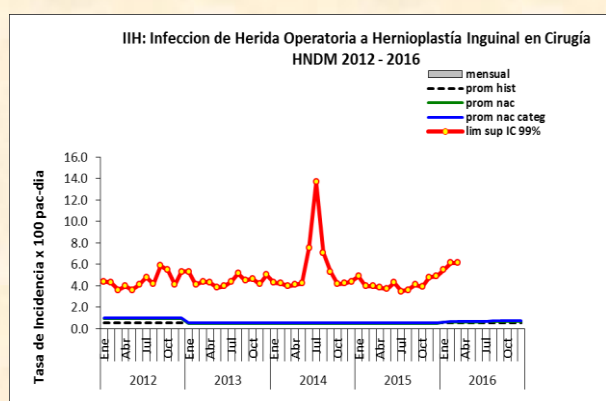
Figura 12: Incidencia de Infección de Herida Operatoria a Colectectomía en Cirugía. HNMD. Febrero 2012-marzo 2016



Fuente: Base de datos de VIII- HNMD

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 marzo del 2016 no se reportaron casos, se vigilaron 71 pacientes sometidos a Colectectomía.

Figura 13: Incidencia de Infección de Herida Operatoria a Hernioplastía Inguinal en Cirugía. HNMD. 2012-marzo 2016



Fuente: Base de datos de VIII- HNMD

En el presente gráfico observamos que no hay casos reportados de Infección de Sitio quirúrgico asociado a Hernioplastia Inguinal desde el año 2012 hasta marzo del año 2016, se vigilaron 11 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.

2. DAÑOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA

En marzo, se notificaron un total de 11 casos de notificación obligatoria, de los cuales 7 fueron confirmados, 3 casos descartados y 1 probable, siendo el porcentaje de confirmación de 64%.

Tabla 1: Daños de Notificación obligatoria – HNMD. marzo 2016

DAÑO	TIPO DE DIAGNÓSTICO			TOTAL
	C	D	P	
Influenza	2	3	1	5
Sífilis congénita	2	0	0	4
Tos Ferina	1	0	0	3
Muerte materna directa	1	0	0	2
Muerte materna indirecta	1	0	0	1
Total	7	3	1	11

* Tipo de Diagnostico C: Confirmado P: Probable D: Descartado

Fuente: Base de datos de VEA – HNMD

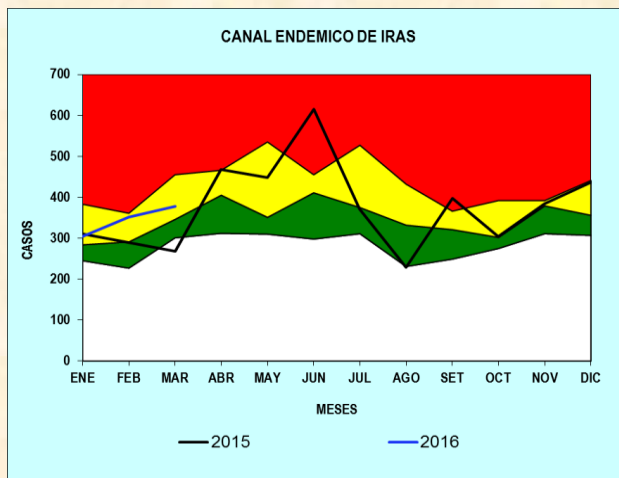
Tabla 2: Infecciones Respiratorias Agudas según Grupo de edad y Procedencia– HNMD. marzo 2016

DISTRITO	Nº DE CASOS			Total
	<2 m	2-11 m	1-4 a	
LIMA	11	69	183	263
LA VICTORIA	0	22	43	65
EL AGUSTINO	0	5	11	16
TRÁNSITO	0	2	5	7
SAN LUIS	0	0	4	4
ATE	1	2	1	4
SAN JUAN DE LURIGANCHO	0	2	2	4
VILLA EL SALVADOR	0	0	3	3
SURQUILLO	0	0	2	2
SAN BORJA	1	1	0	2
RIMAC	0	0	2	2
SANTA ANITA	0	0	1	1
VILLA MARÍA DEL TRIUNFO	0	1	0	1
LOS OLIVOS	0	0	1	1
SANTIAGO DE SURCO	0	1	0	1
Total	13	106	258	377

Fuente: Base de datos de VEA – HNMD

Se observa que en **marzo** del 2016 el grupo de edad de mayor demanda por IRA fue el de niños de 1- 4 años, representando el 68.4% del total de atenciones y los distritos de mayor procedencia fueron Lima y La Victoria, por ser distritos aledaños al hospital.

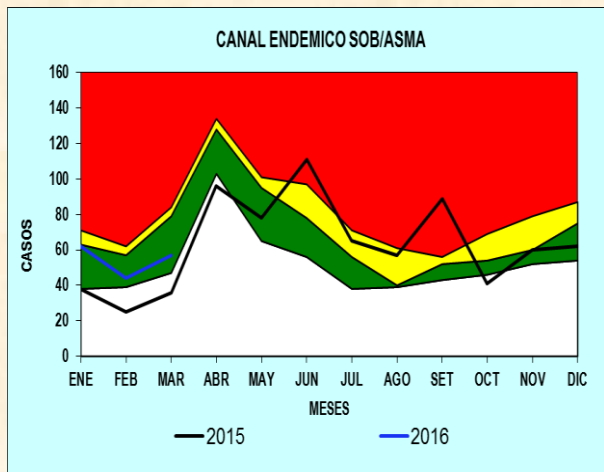
Figura 14: Canal Endémico de la demanda de atención de casos de Infecciones Respiratorias Agudas HNDM. marzo 2015 -marzo 2016



Fuente: Base de datos de VEA – HNDM

Respecto a las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), durante el mes marzo 2016 se notificaron 377 atenciones; cantidad mayor a la registrado el mismo mes del año pasado (269). Respecto al mes de febrero de 2016 (352), se observa un incremento.

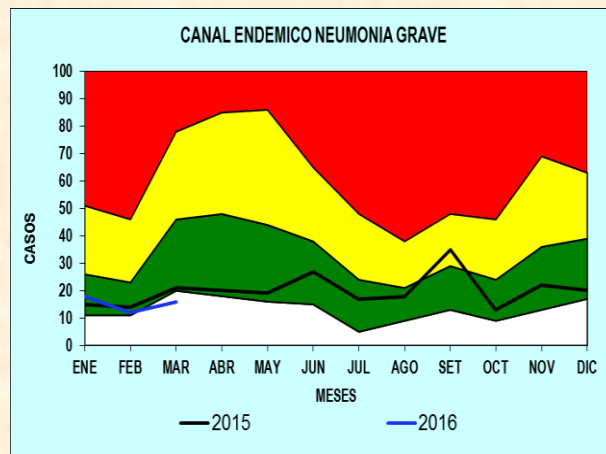
Figura 15: Canal Endémico de la demanda de atención por Síndrome Obstrutivo Bronquial/ Asma HNDM. A marzo 2016



Fuente: Base de datos de VIIIH– HNDM

Se observa que en marzo 2016 se reportaron 57 atenciones por SOB/Asma, representando el mayor número de casos en el grupo etáreo de 2-4 años (58%). Los casos fueron mayores a los del mes de febrero del 2016 (44).

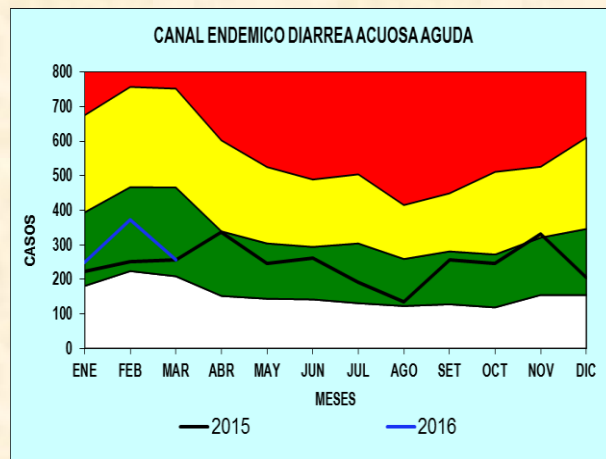
Figura 16 Canal Endémico de la demanda de Hospitalización por Neumonía Grave HNDM. A marzo 2016



Fuente: Base de datos de VIIIH– HNDM

En relación a Neumonías Graves, se evidencia que en marzo 2016 se reportaron 16 pacientes hospitalizados por este diagnóstico, representando el mayor número de casos en el grupo etario de 1-4 años (56%). Dicha cifra es mayor a la reportada en febrero del 2016 (12).

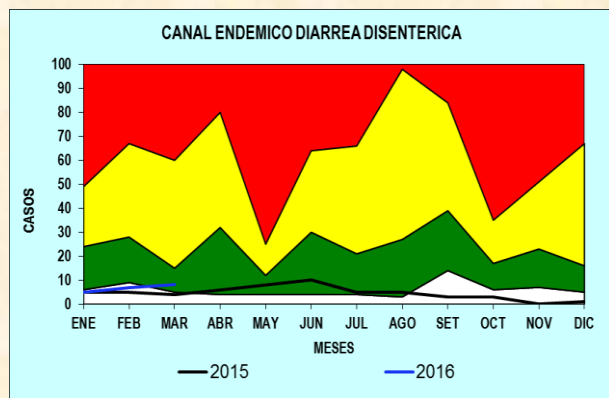
Figura 17: Canal Endémico de la demanda de atención por Enfermedad Diarreica Aguda Acuosa HNDM. A marzo 2016



Fuente: Base de datos de VEA – HNDM

Respecto a la Enfermedad Diarreica Aguda Acuosa en el mes de marzo 2016 se notificaron un total de 422 atenciones, menor a las realizadas en marzo 2015 (257) y febrero 2016 (372). Observamos también no se ha detectado conglomerados ni brotes de EDA Acuosa.

Figura 18: Canal Endémico de la demanda de atención por Enfermedad Diarreica Aguda Disentérica HNDM. A marzo 2016.



Fuente: Base de datos de VIIIH- HNDM

Respecto a la Enfermedad Diarreica Aguda Disentérica en el mes de marzo del 2016 se notificaron un total de 8 atenciones, similar al mes de febrero 2016 (7). Las atenciones procedieron de los distritos de Lima y La Victoria y se presentaron en los tres grupos etáreos considerados para vigilancia.

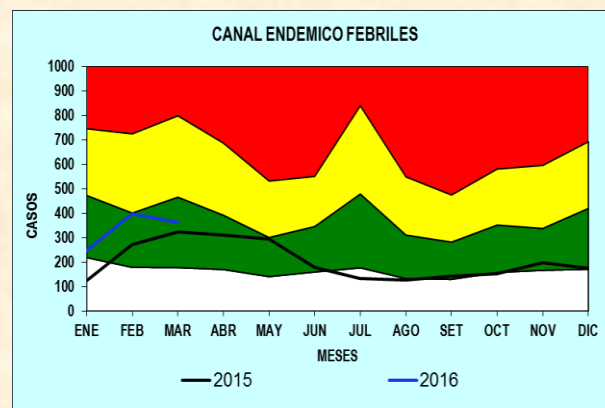
Tabla 3: Casos de Febriles según Grupo Etáreo y Distrito De Procedencia- Hospital Nacional Dos de Mayo – Marzo-2016

DISTRITO	Nº DE CASOS						Total
	< 1 a	1-4 a	5-9 a	10-19 a	20-59 a	60 a +	
LIMA	56	125	56	27	17	7	288
LA VICTORIA	10	22	9	2	0	0	43
SAN LUIS	1	4	1	0	0	0	6
EL AGUSTINO	3	2	1	0	0	0	6
RIMAC	1	2	2	0	0	0	5
ATE	0	4	4	0	0	0	4
SAN MARTIN DE PORRES	0	2	2	0	0	0	2
BREÑA	0	2	2	0	0	0	2
TRÁNSITO	1	1	1	0	0	0	1
SURQUILLO	1	0	0	0	0	0	1
SAN BORJA	0	0	0	1	0	0	1
CARABAYLLO	0	0	0	0	0	0	1
SANTA ANITA	0	0	0	1	0	0	1
SANTIAGO DE SURCO	1	0	0	0	0	0	1
Total	74	164	70	31	17	7	363

Fuente: Base de datos de VEA – HNDM

Se observa que en marzo de 2016 el grupo de edad más afectado fueron los niños de 1-4 años, representando el 45% del total de casos, siendo los distritos de mayor procedencia Lima y La Victoria.

Figura 19: Canal Endémico Febriles. HNDM. 2016



Fuente: Base de datos de VEA – HNDM

Durante el mes de marzo de 2016, se han presentado 363 casos de febriles, menor a los casos reportados en febrero del 2016 (392). Además, comparativamente al año anterior en el mes de marzo la cifra actual supera ligeramente los casos reportados. Es importante tomar en cuenta además que en los meses de verano se han notificado el mayor número de casos de febriles.

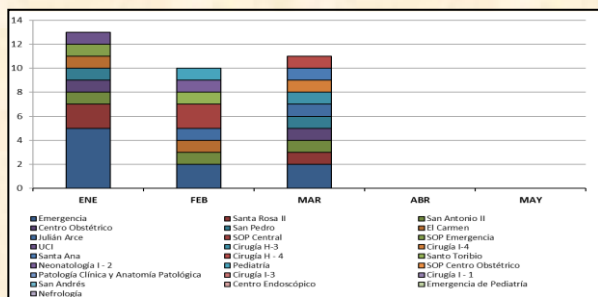
3. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE ACCIDENTES OCUPACIONALES

En marzo del 2016, se notificaron 11 casos de Accidentes Laborales por exposición a Fluidos biológicos y/o Objetos punzocortantes, de los cuales 10 casos fueron ocasionados por exposición a objetos Punzocortantes (91%) y 01 caso fue originado por exposición a Fluidos Biológicos – Salpicaduras (09%).

Durante marzo 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 (58%), siendo los Internos de Medicina (27%) los que presentan el mayor número de casos, seguido de Enfermería y Personal de Limpieza (18%) respectivamente.

“Todo accidente ocupacional con objetos punzocortantes o fluidos biológicos debe ser notificado de inmediato a la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental del Hospital, para la atención inmediata y tomar las medidas de prevención y control”.

Figura 20: Accidentes Laborales por Exposición a Fluidos Biológicos y/o Objetos Punzocortantes según servicios de Ocurrencia- HNDM. marzo -2016



Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales - HNDM

Se observa que el servicio más expuesto a los accidentes laborales por exposición a Fluidos Biológicos y/o exposición a objetos punzocortantes ha sido el servicio de Emergencia adultos (18%), por lo que es necesario fortalecer las actividades de supervisión y/o monitoreo de los procedimientos de atención.

Tabla 4: Accidentes Laborales por Exposición a Objetos Punzocortantes según Circunstancias - HNDM. Febrero - 2016.

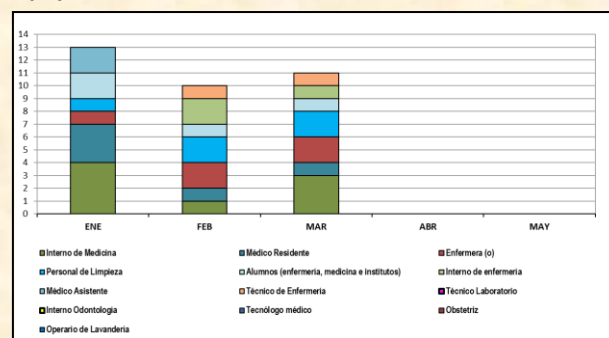
Circunstancias asociadas a los accidentes	Salpicadura		Punzocortantes		Total Mes		N° ACUM. A MAR	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Durante un procedimiento (adm. tto., inserción cvp, cvc, etc.)	0	0	1	10	1	9	6	17
Durante procedimiento Quirúrgico	1	100	1	10	2	18	5	14
Después de uso de material, antes de descartarlo	0	0	0	0	0	0	3	9
Durante segregación de residuos hospitalarios	0	0	5	50	5	45	9	26
Durante procedimiento de sutura	0	0	1	10	1	9	3	9
Al reencapsular una aguja usada	0	0	1	10	1	9	3	9
Durante procedimiento de toma de muestra de Hemoglucotest	0	0	0	0	0	0	2	6
Durante procedimiento de toma de muestra de AGA	0	0	1	10	1	9	3	9
Material fue dejado en lugar inadecuado	0	0	0	0	0	0	1	3
Total	1	100	10	100	11	100	35	100

Tipo de Exposición: S: sangre P: Punzocortantes

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 relacionadas a la inadecuada segregación de residuos hospitalarios (45%), seguido de las relacionadas a procedimiento quirúrgico (18%).

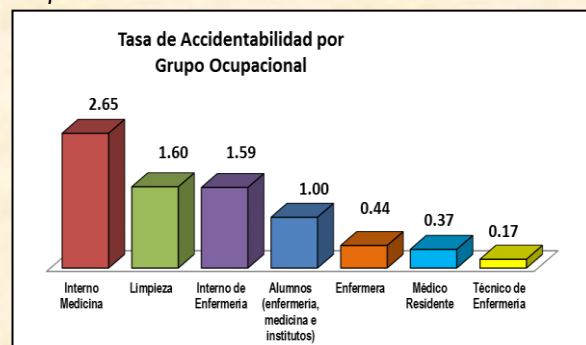
Figura 21: Tendencia de los Accidentes Laborales por exposición a Fluidos Biológicos y/o Objetos Punzocortantes por Grupo Ocupacional. Febrero - 2016.



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 (24%), seguido de los Médicos residentes, Enfermeras y Personal de Limpieza (15%), por lo que es necesario reforzar la capacitación a estos grupos ocupacionales, así como a las medidas monitoreo y supervisión.

Figura 22: Tasa de Accidentalidad por Grupo Ocupacional. Marzo - 2016



Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales - HNDM.

Se observa que la Tasa de Accidentalidad por accidentes de trabajo más alta se ha presentado en el Grupo Ocupacional de los Internos de Medicina (2.65%), seguido del Personal de Limpieza (1.60%), evidenciándose aumento de los internos de medicina en

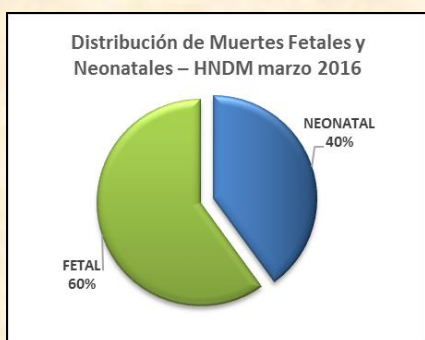
comparación con el mes anterior y reducción de los casos en el grupo de internos de enfermería que en el mes anterior fue de 3.17%

4. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA MORTALIDAD NEONATAL Y FETAL

La Vigilancia Epidemiológica de Mortalidad Neonatal y Perinatal ha permitido caracterizar el perfil epidemiológico de la mortalidad en este grupo de edad en la Institución.

La enfermedad y la muerte del recién nacido están asociadas a múltiples entidades patógenas de origen multifactorial que intervienen tempranamente en la madre y su producto; así tenemos factores relacionados con los genes y el medio ambiente, restricción del crecimiento fetal, mujeres con desnutrición crónica o anemia, embarazos múltiples e hipertensión arterial. En embarazos de peso normal al nacer, el riesgo de muerte neonatal se asocia a la edad de la madre sobre todo en las adolescentes, consumo de tabaco y drogas, embarazos múltiples, hipertensión arterial y fundamentalmente las características individuales del neonato.

Figura 23: Distribución de Muertes Fetales y Neonatales – HNDM marzo 2016

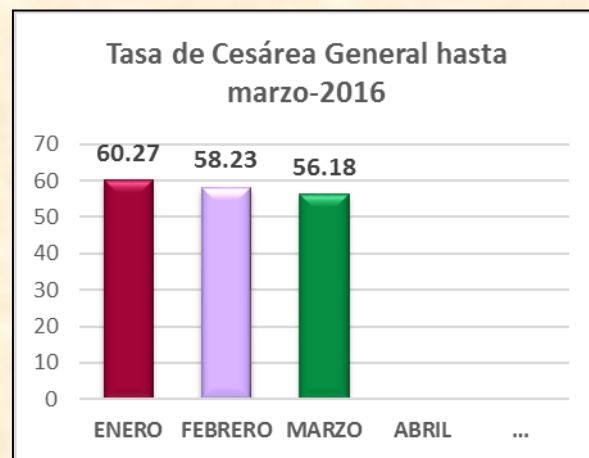


Fuente: Vigilancia Epidemiológica Mortalidad Perinatal – HNDM

En el mes de marzo del 2016, se ha notificado 04 casos de Mortalidad Perinatal, siendo 02 Muertes Fetales (50%) y 02 Muertes Neonatales (50%).

En el acumulado de Muertes Perinatales, se observa la ocurrencia de 10 casos, de los cuales 06 casos son Muertes Fetales (60%) y 04 Muertes Neonatales (40%). (Ver gráfico).

Figura 24: Tasa General de Cesárea – HNDM. marzo 2016.



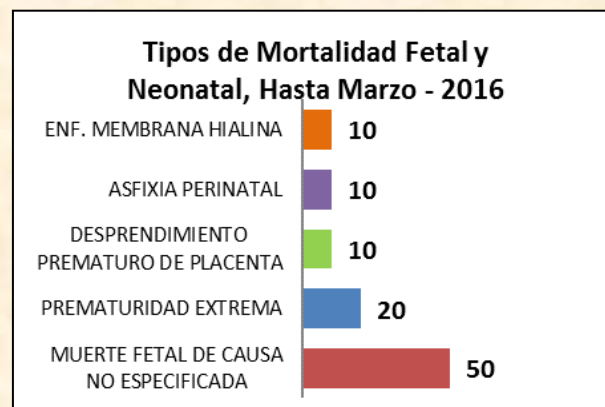
Fuente: Vigilancia Epidemiológica Mortalidad Perinatal – HNDM

En el mes de marzo del 2016 la **tasa de cesárea general fue de 56.18%**

La **proporción de partos complicados continúa siendo alta (64.14%)**, aunque ha disminuido en comparación a los meses de enero (70.54) y febrero (70.89), sin embargo, cabe mencionar que el HNDM es un establecimiento de referencia nacional.

Para el mes de marzo del 2016 la tasa de cesárea en RN de bajo peso al nacer fue de 6.37%, 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 4.78% y la tasa de cesárea con RN macrosómico es de 3.59%.

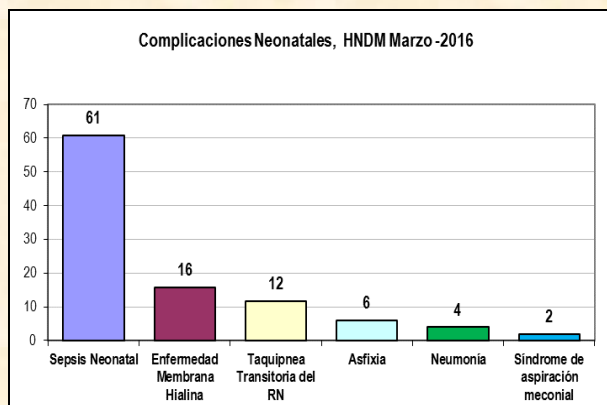
Figura 25: Tipos de mortalidad Fetal y Neonatal de marzo 2016.



Fuente: Vigilancia Epidemiológica Mortalidad Perinatal – HNDM

Hasta marzo del presente año, la muerte fetal de causa no específica ocupan el mayor número de casos

Figura 26: Complicaciones Neonatales – HNMD. Marzo 2016.



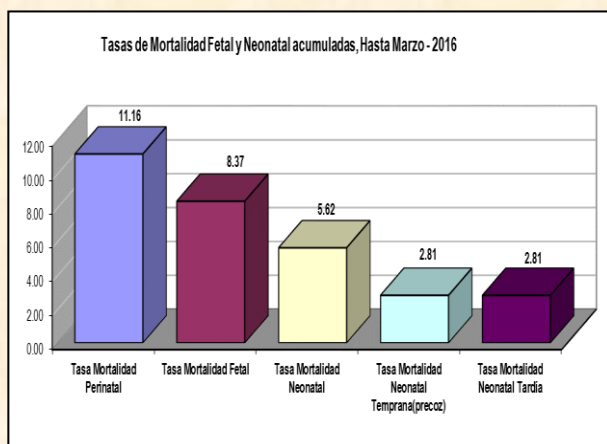
Fuente: Vigilancia Epidemiológica Mortalidad Perinatal – HNMD

Durante marzo del presente año se atendieron 51 recién nacidos complicados; con dos Muertes neonatales por Asfixia y Enfermedad de membrana hialina. Las complicaciones más frecuentes siguen siendo la Sepsis Neonatal con 31 casos (61%), seguido de la Enfermedad Membrana Hialina con 08 casos (16%).

Además, se observa que la Tasa de incidencia de bajo peso al nacer es de 67.46 x 1000 recién nacidos vivos. Respecto a la tasa de letalidad en marzo del presente año es de 2.90%.

La Sepsis neonatal de aparición temprana se presenta más a menudo dentro de las 24 horas después del nacimiento. El bebé contrae la infección de la madre antes o durante el parto.

Figura 27: Tasa de Mortalidad Fetal y Neonatal – HNMD. marzo 2016.



Fuente: Vigilancia Epidemiológica Mortalidad Perinatal – HNMD

En relación a Tasas de Mortalidad se puede apreciar hasta la fecha del presente año, que la Tasa de Mortalidad Perinatal es de 11.16 x 1000 nacimientos, la tasa de Mortalidad Neonatal fue de 5.62 x 1000 RN Vivos, la tasa de mortalidad neonatal temprana y precoz es de 2.81x 1000 RN vivos; la Tasa de Mortalidad Fetal es de 8.37 x 1000 nacimientos.

5. EVALUACIÓN POR DEPARTAMENTOS DEL MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS HOSPITALARIOS

Tabla 08: Manejo de Residuos sólidos hospitalarios según Departamentos – HNMD. Marzo 2016.

DEPARTAMENTOS	*CALIFICACION (%)		
	B	R	M
Dpto. de Medicina	60	40	
Dpto. de Especialidades Medica	67	33	
Dpto. de Cirugia	50	50	
Dpto. de Gineco Obstetricia		100	
Dpto. de Pediatría	50	50	
Dpto de Odontostomatología	100	0	
Dpto. de Diagnóstico Por Imágenes	0	100	
Dpto. de Enfermería	100	0	
Dpto. de Anestesiología y Centro Qx.	0	100	
Dpto. de Emergencia	0	100	
Dpto. de Farmacia	100	0	
Dpto. de Patología Clínica	100	0	
Dpto. de Banco de Sangre y Hem.	100	0	
Dpto. de Cirugia de Tórax y Cardiov.	50	50	

*Calificación: B: bueno, R: regular, M: malo

Fuente: Equipo de Trabajo Salud Ambiental OESA

En la evaluación del manejo de residuos sólidos, en el mes de marzo 2016, los departamentos de Odontostomatología, Enfermería, Farmacia, Patología Clínica, Banco de Sangre obtuvo una evaluación buena de 100%.

Los departamentos de Gineco-Obstetricia, Imágenes, Anestesiología y Emergencia, se encuentran realizando al 100% un regular manejo de los residuos sólidos hospitalarios:

El departamento de Cirugía, Pediatría, Cirugía de Tórax y Cardiovascular comparten calificación entre bueno y

regular (50% y 50%) así como el departamento de Medicina (60% y 40%) y Especialidades Médicas (67% y 33%).

Los factores que más influyen en la obtención de estas calificaciones:

- La inadecuada segregación, debido a que el personal de salud no viene desechando adecuadamente los residuos de acuerdo a su clasificación.
- El consumo de alimentos por el personal de salud en áreas prohibidas y en horas de trabajo.
- El consumo de alimentos de dudosa procedencia y elaborados por terceros, por los pacientes hospitalizados y el personal de salud.

Por todo ello es necesario reforzar las medidas que contrarresten estos resultados, que no solo incluya capacitación permanente, sino que incorpore medidas de monitoreo, supervisión y sanción de ser necesario con la finalidad de conseguir una cultura de prevención en todos los grupos ocupacionales, lo que fortalecerá la implementación de las medidas de manejo de residuos sólidos.

OFICINA DE EPIDEMIOLOGIA 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 Álvarez Cano Berroa

Equipo de Trabajo de Vigilancia Epidemiológica

Dr. Marco Antonio Sánchez
Ramírez

Lic. Carmen Lam Villoslada

Lic. Rosario Mucha Huatuco

Lic. Mónica Barrientos Pacherras

Lic. Joel Cadillo Rivera

Equipo de Trabajo Salud Ambiental

Sr. Alfonso Rodríguez Ramírez

Ing. Eduardo Yactayo Infantes

Sr. Jaime Aparcana Moncada

Sr. Jaime Arce Veintemilla

Sr. Raúl Quispe Bocangel

Equipo de Informática

Sra. Andrea Ydoña Cuba

Ing. Marianela Narro

Secretaria

Sra. Julissa Llaja Arévalo

Compilación y Edición

Carmen Julia Narro Medina MR1

Gestión en Salud

Eloy Valencia Reyes MR2

Administración en Salud.

Equipo de Trabajo de VEA

ACTUALIDAD EN EPIDEMIOLOGÍA

Situación de la influenza en el Perú.

La influenza es una infección respiratoria aguda altamente contagiosa, causada por los virus de influenza (AH1N1, AH3N2 más frecuentemente). La enfermedad es usualmente leve y auto-limitada, pero se pueden presentar complicaciones y defunciones en los grupos de riesgo.

- Grupos de riesgo: Ancianos, menores de 5 años personas con enfermedades crónicas cardiovasculares, respiratorias, metabólicas, personas con obesidad mórbida, etc.

Definición de casos:

- **Caso de síndrome gripal (SG) o enfermedad tipo influenza (ETI).** Fiebre (mayor o igual a 38°C) de inicio brusco acompañado de tos o dolor de garganta en ocasiones mialgias, postración, cefalea o malestar general.
- **Caso confirmado de influenza (estacional).** Persona con una prueba de laboratorio confirmatoria de infección con el virus influenza A o B en un laboratorio de referencia regional, en el Instituto Nacional de Salud (INS) o un laboratorio acreditado por el INS.
 - o Detección de antígeno por inmunofluorescencia (IF)
 - o rt – PCR (Reacción en cadena de la polimerasa en transcripción reversa).
 - o Cultivo viral.
- **Caso de infección respiratoria aguda grave (IRAG):** Síndrome que se presenta en un paciente de cualquier edad, con aparición súbita de fiebre superior a 38°C o historia de fiebre y que presenta: Tos, dificultad para respirar y que, por el compromiso de su estado general, debería ser hospitalizado.
- **Infección respiratoria aguda grave inusitada (inusual, atípica o rara) – IRAG inusitada.** Se considera caso de IRAG inusitada a:
 - o Caso de IRAG en trabajador de salud con antecedente de contacto con personas con IRAG; o
 - o Caso de IRAG en personas previamente sanas de entre 5 a 60 años de edad; o
 - o Caso de IRAG en persona que ha viajado a áreas de circulación de virus de influenza con potencial pandémico; o
 - o Caso de IRAG de causa inexplicable en personas que trabajan con aves u otros animales; o
 - o Muerte por IRAG de causa desconocida;

Se considera muerte relacionada con influenza a:

- Una muerte que se presentó como consecuencia de una enfermedad clínicamente compatible con influenza y que se confirma por una prueba de laboratorio.

Situación actual:

En los años 2014 y 2015 se han confirmado 330 casos de influenza y el porcentaje de positividad nacional a virus de influenza fue 16.4%, mientras que en el conjunto de las regiones de la Costa Norte (Lambayeque, Tumbes, Piura, La Libertad) fue 38.3% lo cual sugiere una mayor circulación viral en esos departamentos.

De esta distribución se observa un predominio de los virus de Influenza (58.1%) respecto a los otros virus respiratorios (41.9%) donde se distingue claramente al virus sincitial respiratorio seguido del virus de parainfluenza. Entre los virus de influenza el que destaca es el virus de influenza A(H3N2), seguido de A(H1N1) pdm09, finalmente influenza B linaje Yamagata

En 2015 se reportaron 11 defunciones atribuible a influenza, de las cuales 06 corresponden A(H1N1) y 05 A(H3N2) predominantemente en grupos de riesgo: en adultos con comorbilidades y adultos mayores

Patrimonio Histórico



Parque "Historia de la Medicina Peruana"

Altura Cuadra 13 Av. Grau – Lima 1.

TELÉFONOS:

C.T. (51) 3280028 Anexo 234

Directo: (51) 3288960. FAX: (943) 111234

CORREO ELECTRÓNICO

hdosdemayo@yahoo.es