



EDITORIAL

CONTENIDO

EDITORIAL *pág. 1*

1. VIGILANCIA
EPIDEMIOLÓGICA DE
LAS INFECCIONES
INTRAHOSPITALARIAS
pág. 2-7
 2. DAÑOS DE
NOTIFICACIÓN
OBLIGATORIA
pág. 7 - 12
 3. VIGILANCIA
EPIDEMIOLÓGICA DE
ACCIDENTES
OCUPACIONALES
pág. 12-15
 4. VIGILANCIA
EPIDEMIOLÓGICA DE
MORTALIDAD
NEONATAL Y FETAL
pág. 15-17
 5. EVALUACIÓN POR
DEPARTAMENTOS DEL
MANEJO DE RESIDUOS
SÓLIDOS
HOSPITALARIOS
pág. 17-18
- ACTUALIDAD EN
EPIDEMIOLOGÍA
pág. 18-23

Accidentes laborales debidos a la exposición a fluidos biológicos y/o objetos punzocortantes

Los trabajadores de la salud (TS) están expuestos a una compleja variedad de riesgos para su salud y seguridad, entre ellos se encuentran los riesgos biológicos (TB, hepatitis, HIV/SIDA), químicos, físicos, ergonómicos, eléctricos, etc. Las lesiones debidas a la exposición a fluidos biológicos y/o objetos punzocortantes están asociadas a la transmisión de más de 20 patógenos, los más comunes son el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), virus de hepatitis B (VHB), y virus de hepatitis C (VHC) (1). La exposición ocupacional puede resultar de injurias percutáneas (lesión con objetos punzocortantes), mucocutáneas (salpicaduras de sangre u otros fluidos corporales en los ojos, nariz o boca) o contacto con sangre en piel no intacta. El riesgo de infección dependerá de la prevalencia de la enfermedad entre los pacientes, el tipo de exposición, el tipo de agente y la naturaleza y frecuencia de la exposición (2). El riesgo de transmisión del VHB es del 6 al 30% sin profilaxis post-exposición. El riesgo de transmisión para VHC es de 1.8% y para VIH es de 0.3% (3, 4).

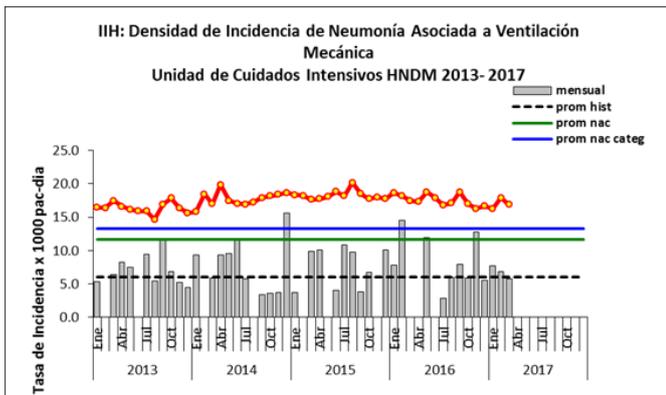
La OMS estima que hay un total de 59.2 millones de TS en el mundo (5). Cada año, cerca de 3 millones recibe una exposición percutánea a patógenos transmitidos por la sangre, 2 millones al VHB, 0.9 millones al VHC y 170 000 al HIV. Estas injurias resultan en 15 000 infecciones por VHC, 70 000 por VHB y 500 VIH con más del 90% de estas infecciones en países en desarrollo (2). El Hospital Nacional Dos de Mayo durante el 2016 reportó 112 (88%) casos de accidentes laborales por exposición a objetos punzocortantes y 15 (12%) casos por exposición a fluidos biológicos, haciendo un total de 127 casos. El personal en formación (internos de medicina) fue el grupo más expuesto con un 25%. La circunstancia de ocurrencia más asociada fue la administración de tratamiento con un total de 24 (19%) casos.

Los accidentes laborales generan costos directos, indirectos, potenciales e intangibles. Los costos asociados a la exposición de fluidos biológicos están en el rango de USD 70 y USD 5000 dependiendo del tratamiento utilizado (6). Las estrategias para proteger a los TS de las exposiciones a fluidos biológicos y/o objetos punzocortantes incluyen implementar las precauciones universales, inmunización contra el VHB, provisión de equipo de protección personal y el manejo post-exposición (2). Por el impacto en la salud y en la economía se hacen necesarias intervenciones administrativas, de comportamiento y técnicas que permitan reducir la frecuencia de los accidentes teniendo en consideración que ello requiere inversión de tiempo, recursos y esfuerzos.

1. Collins C, Kennedy D. Microbiological hazards of occupational needlestick and 'sharps' injuries. *The Journal of applied bacteriology*. 1987;62(5):385-402.
2. World Health Organization. Aide mémoire for a strategy to protect health workers from infection with bloodborne viruses. 2011.
3. Werner BG, Grady GF. Accidental Hepatitis-B-Surface-Antigen-Positive Inoculations Use of e Antigen to Estimate Infectivity. *Annals of internal medicine*. 1982;97(3):367-9.
4. Ministerio de Salud. Manual de Implementación. Programa de Prevención de Accidentes con Materiales Punzocortantes en los Servicios de Salud. 2011.
5. World Health Organization. *The world health report: 2006: working together for health*. 2006.
6. O'Malley EM, Scott RD, 2nd, Gayle J, Dekutoski J, Foltzer M, Lundstrom TS, et al. Costs of management of occupational

1. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS.

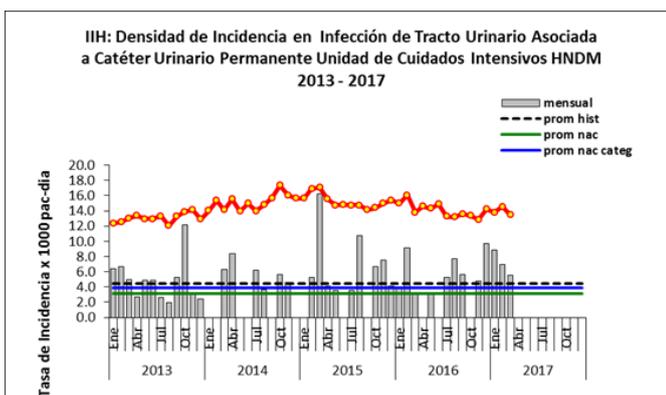
Gráfico N° 1.1



Fuente: Base de datos del VEA OESA -HNNDM

La tendencia de las Neumonías Asociadas a Ventilación Mecánica en la Unidad de Cuidados Intensivos durante el año 2016 se ha mantenido por debajo del promedio nacional y del promedio nacional por categoría, con excepción de los meses de febrero y noviembre que se incrementa ligeramente. Durante el mes de marzo del 2017, se han registrado dos casos de Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica que representa una tasa de densidad de incidencia de 5.76 x 1000 días VM; es importante resaltar que se mantuvieron durante el mes 33 pacientes sometidos a V.M., con 347 días de exposición.

Gráfico N° 1.2

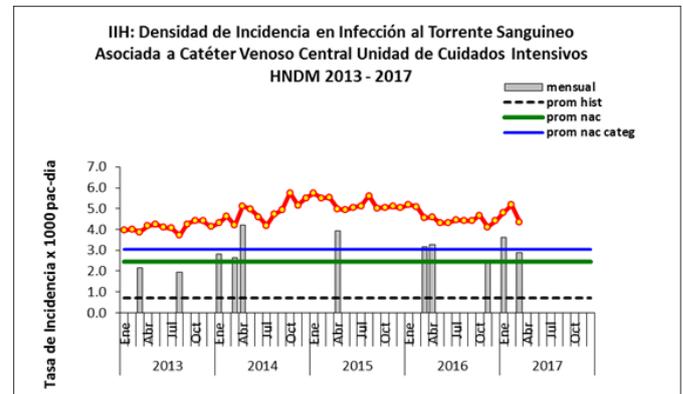


Fuente: Base de datos del VEA-HNNDM

En la Unidad de Cuidados Intensivos durante el mes de marzo del año 2017, se registraron dos casos de Infección Urinaria Asociada a Catéter Urinario Permanente, lo cual da una tasa de densidad de incidencia de 5.51 x 1000 días/catéter. En el mes de marzo se identificaron 48 pacientes vigilados con 363 días de exposición.

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

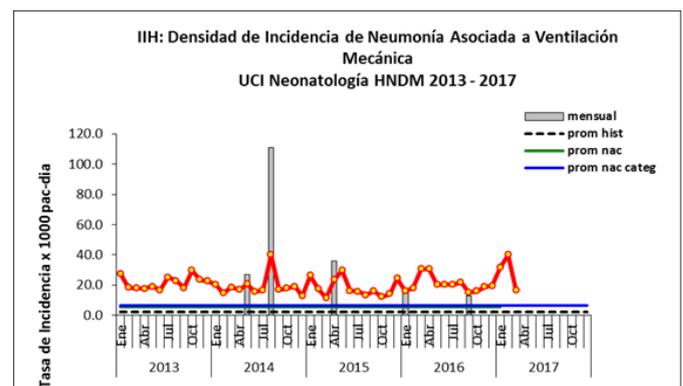
Gráfico N° 1.3



Fuente: Base de datos del VEA-HNNDM

En relación a la Infección del Torrente Sanguíneo asociado a Catéter Venoso Central en la Unidad de Cuidados Intensivos se presentó un caso con una tasa de 2.87 x 1000 días catéter durante el mes de Marzo del 2017, se mantuvieron en vigilancia 54 pacientes con 348 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

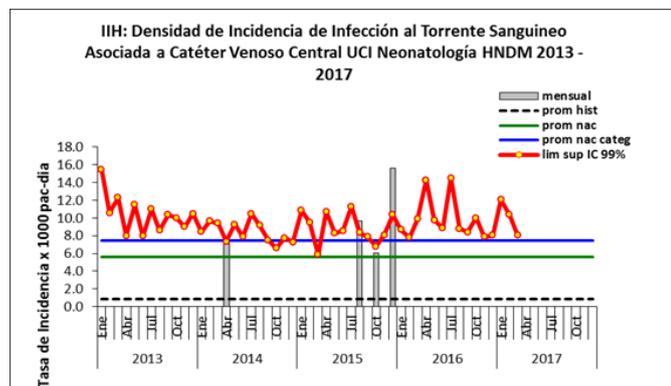


Fuente: Base de datos del VEA-HNNDM

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 2017, sin embargo se vigiló 09 pacientes sometidos a 62 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

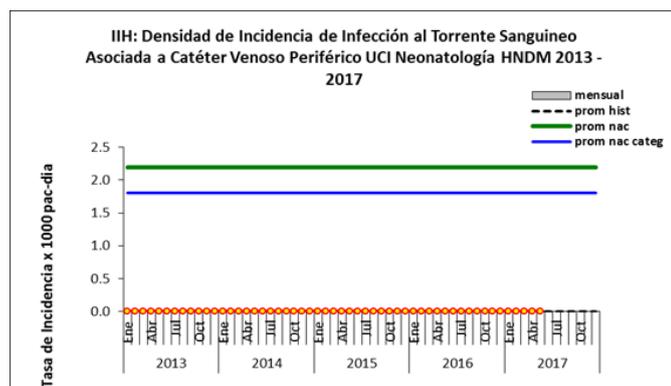


Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

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 marzo del año 2017. Estuvieron sometidos a vigilancia epidemiológica 14 pacientes con 111 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.

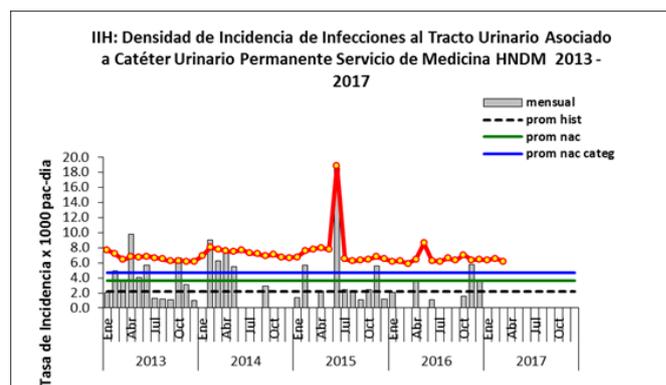
Gráfico N° 1.6



Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

En relación a las Infecciones de Torrente Sanguíneo Asociada a Catéter Venoso Periférico, en el mes de marzo del año 2017 no se presentaron casos en Neonatos, se sometieron a vigilancia epidemiológica 36 pacientes con 108 días de exposición.

Gráfico N° 1.7

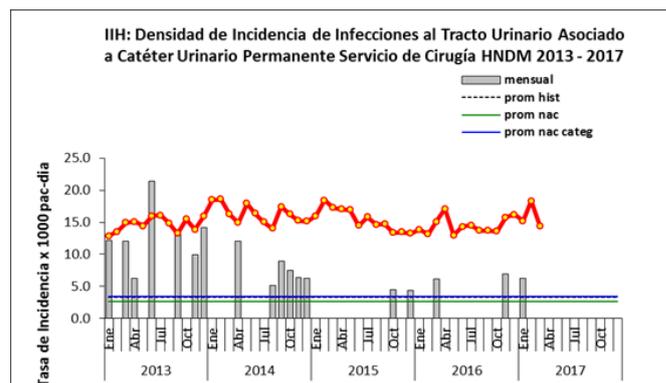


Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

Durante el mes de marzo del año 2017 en el Departamento de Medicina, no se han presentado casos de ITU asociada a CUP, se vigilaron 92 pacientes con 949 días de exposición.

Es importante referir que en los Servicios de Medicina se está desarrollando la metodología Bundle, mediante la aplicación de las listas de cotejo.

Gráfico N° 1.8

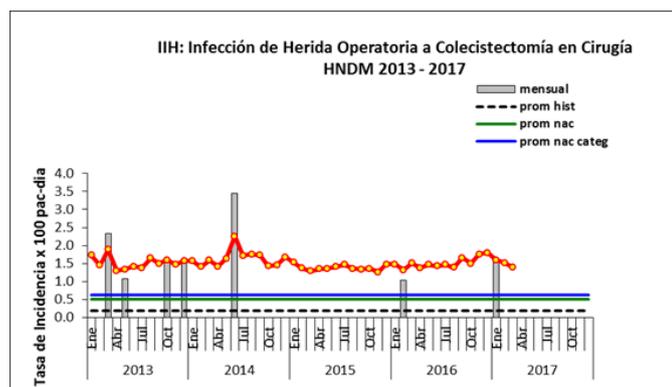


Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

En el Departamento de Cirugía durante el mes de marzo del año 2017 no se han reportado casos de ITU asociada a CUP. Se han vigilado 36 pacientes con 182 días de exposición.

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

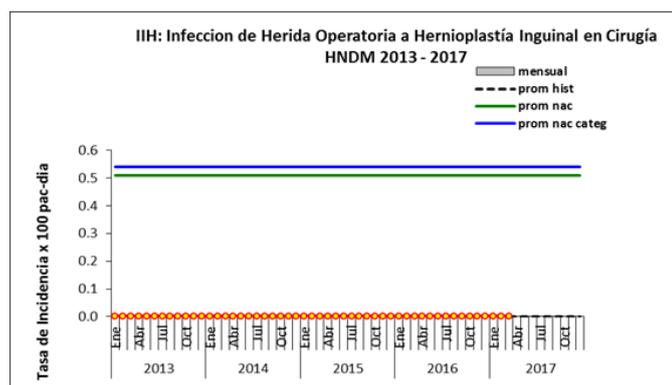
Gráfico N° 1.9



Fuente: Base de datos del VEA-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 no se reportaron casos, se vigilaron 86 pacientes sometidos a Colectistectomía.

Gráfico N° 1.10

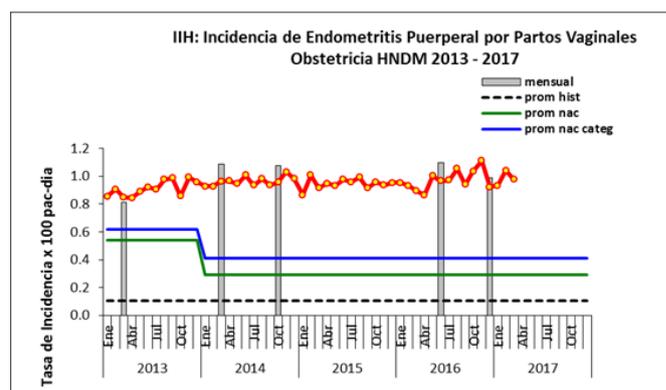


Fuente: Base de datos del VEA-HNMD

En el presente gráfico observamos que no hay casos reportados de Infección de Sitio Quirúrgico asociado a Hernioplastia Inguinal desde el año 2013, inclusive hasta el mes de marzo del año 2017, se vigilaron 38 pacientes sometidos a hernioplastia.

Las Infecciones de Sitio Quirúrgico (ISQ) 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 IIH de los pacientes que se someten a cirugía.

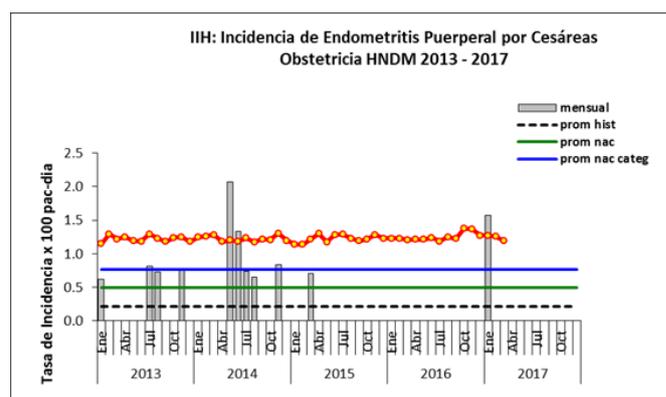
Gráfico N° 1.11



Fuente: Base de datos del VEA-HNMD

Durante el mes de marzo del año 2017 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 89.

Gráfico N° 1.12

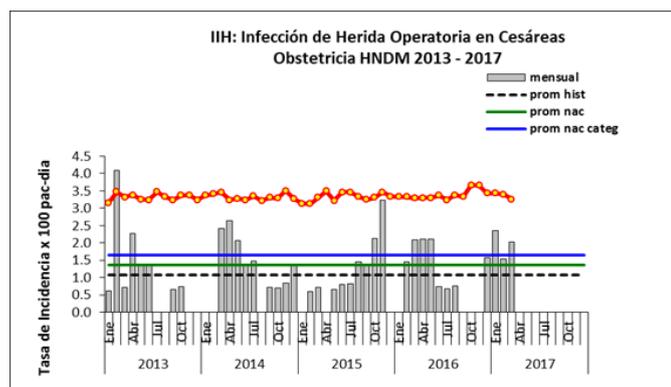


Fuente: Base de datos del VEA-HNMD

En el mes de marzo del 2017 no se han reportado casos de endometritis puerperal por cesárea.

La presencia de endometritis puerperal por cesárea, está relacionada al número de tactos vaginales realizados antes de la cesárea, sin embargo en ésta juegan roles importantes también los antecedentes maternos que pudieran contribuir a la presencia de endometritis. Las cesáreas realizadas fueron 148 durante el mes de marzo.

Gráfico N° 1.13

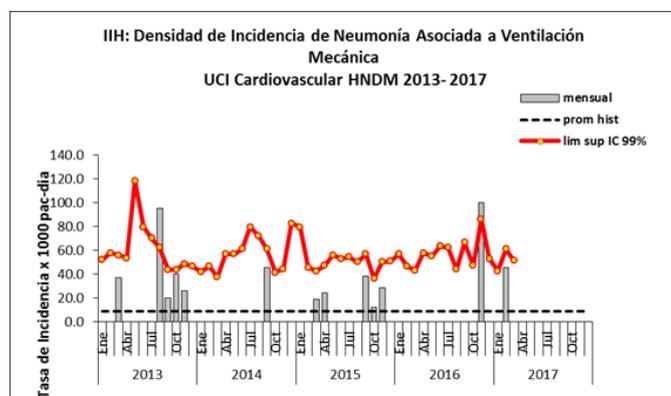


Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

En el gráfico podemos observar que durante el mes de marzo del 2017 se han reportado tres casos de Infección de Herida Operatoria en Cesárea, en relación al mes anterior se incrementó. Las cesáreas realizadas fueron 148 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 herida operatoria es muy importante, ya que estudios de investigación han demostrado que la vigilancia por si sola reduce la frecuencia de estas infecciones.

Gráfico N° 1.14

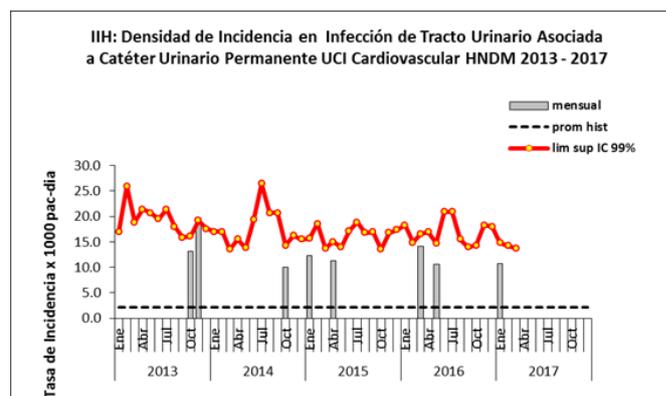


Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

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

Durante el mes de marzo del 2017, no se han registrado casos de Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica; se monitorizaron 05 pacientes sometidos a V.M. con 33 días de exposición.

Gráfico N° 1.15

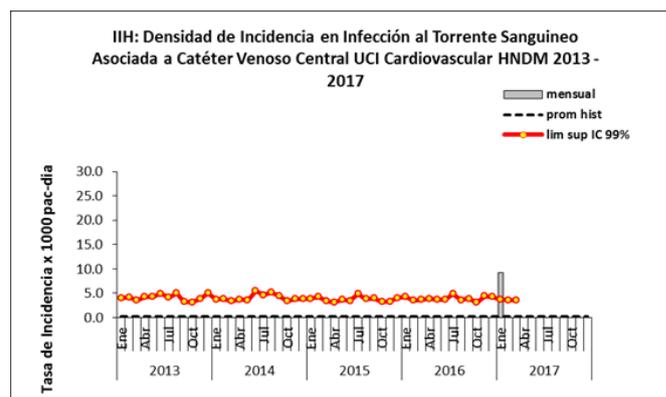


Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

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

En el mes se identificaron 14 pacientes vigilados con 110 días de exposición.

Gráfico N° 1.16

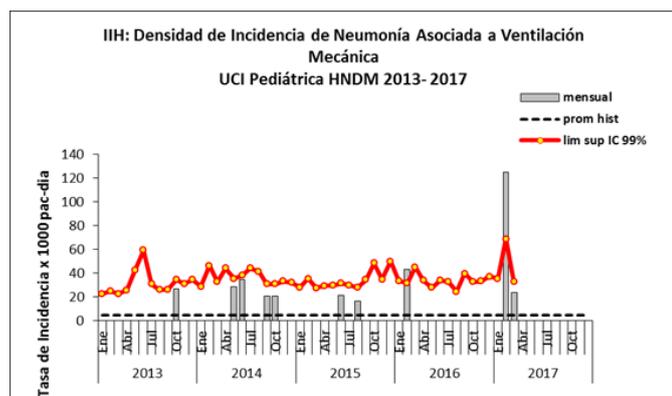


Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

En relación a la Infección del Torrente Sanguíneo asociado a Catéter Venoso Central en la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovascular, no se presentaron casos durante el mes de marzo del 2017. Se mantuvieron en vigilancia 11 pacientes con 118 días de exposición.

En esta unidad se incide en el cumplimiento de las normas de bioseguridad durante la inserción y mantenimiento del catéter venoso central.

Gráfico N° 1.17

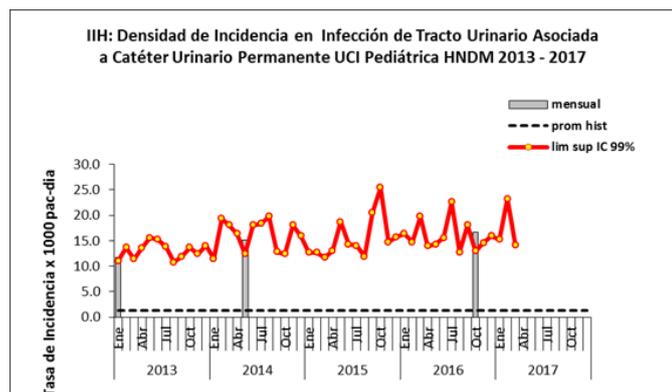


Fuente: Base de datos del VEA OESA -HNNDM

En la Unidad de Cuidados Intensivos de Pediatría, durante el mes de marzo del año 2017 se reportó un caso de Neumonía asociada a Ventilación Mecánica con una tasa de densidad de incidencia de 23.81 x 1000 días/vm

En este mes se observaron 7 pacientes sometidos a V.M con 42 días de exposición.

Gráfico N° 1.18

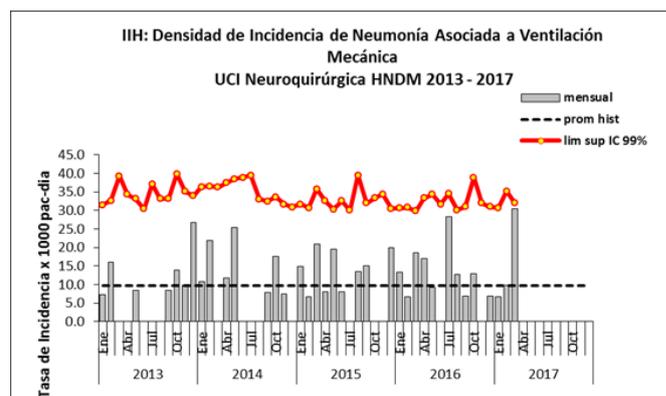


Fuente: Base de datos del VEA OESA -HNNDM

En la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica, durante el mes de marzo del año 2017 no se han presentado casos de Infección Urinaria Asociada a Catéter Urinario Permanente. En este mes se identificaron 8 pacientes vigilados con 49 días de exposición.

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

Gráfico N° 1.19

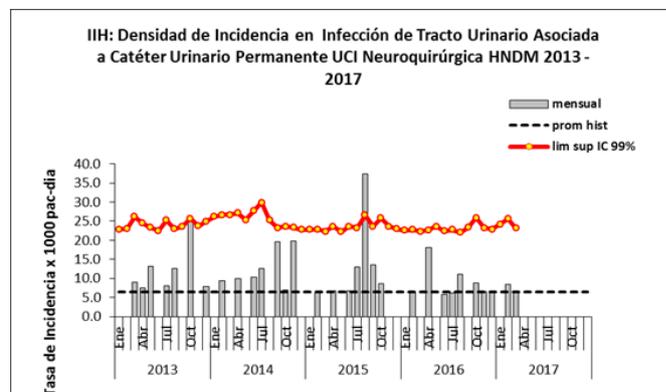


Fuente: Base de datos del VEA OESA -HNNDM

La tendencia de las Tasas de Neumonías Asociadas a Ventilación Mecánica en UCI Neuroquirúrgica desde el año 2013 es a mantenerse por encima del promedio histórico como lo sucedido en los meses anteriores. Durante el mes de marzo se reportó 04 casos de Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica, con una tasa de densidad de incidencia de 30.53 x 1000 días/VM.

En la unidad se debe continuar aplicando la metodología Bundle, como estrategia de prevención. Se vigilaron 16 pacientes con 131 días de exposición.

Gráfico N° 1.20

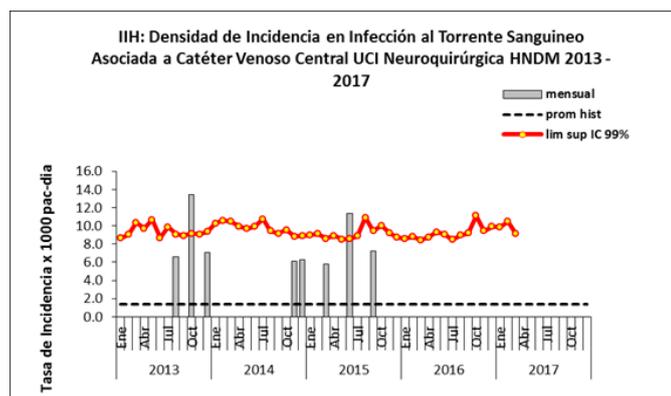


Fuente: Base de datos del VEA OESA -HNNDM

En la Unidad de Cuidados Intensivos Neuroquirúrgica durante el mes de marzo del año 2017, se reportó un caso de Infección Urinaria Asociada a Catéter Urinario Permanente, con una tasa de densidad de incidencia de 6.45 x 1000 días/catéter. En el mes se identificaron 22 pacientes vigilados con 155 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° 1.21



Fuente: Base de datos del VEA OESA -HNNDM

Referente a las Infecciones de Torrente Sanguíneo en Unidad de Cuidados Intensivos Neuroquirúrgica, los casos presentados desde el año 2013 hasta el año 2015 sobrepasan el promedio histórico en algunos meses.

Durante el año 2016 no hubo casos reportados, inclusive en el mes de marzo del año 2017. En el presente mes se identificaron 22 pacientes vigilados con 151 días de exposición.

2. DAÑOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA DE MARZO DEL 2017

Tabla N° 2.1 Distribución de casos según sexo – Marzo 2017

SEXO	Nº	%
Femenino	11	46%
Masculino	13	54%
Total	24	100%

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNNDM

Del total de daños notificados en el mes de marzo del año 2017, el 54% pertenece al género masculino y el 46% restante al femenino.

Tabla N°2.2 Distribución de casos según grupo etario – Marzo 2017

GRUPO ETARIO	Nº	%
Menores 1 año	5	21%
1-9 años	1	4%
10-19 años	4	17%
20-64 años	14	58%
65 a más	0	0%
Total general	24	100%

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNNDM

Según grupo etario el 58% de los casos reportados corresponde al grupo de 20 a 64 años; seguido de los menores de 1 año (21%) y el grupo de 10 a 19 años (17%).

Tabla N° 2.3 Distribución de casos según daño de notificación – Marzo 2017

DAÑO	Nº	%
Síndrome de Guillain-Barre	6	25%
Bartonelosis aguda	4	17%
Dengue Sin Señales De Alarma	3	13%
Leptospirosis	3	13%
Tos ferina	2	8%
Varicela sin complicaciones	2	8%
Hepatitis B	1	4%
Muerte materna directa	1	4%
Dengue Con Señales De Alarma	1	4%
Sífilis congénita	1	4%
Total general	32	100%

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNNDM

Los casos de Guillain-Barre representan el mayor porcentaje de notificación en este mes (25%), seguido de los casos de Bartonelosis (17%); Dengue (13%) y Leptospirosis (13%).

Tabla N° 2.4 Distribución de casos según lugar probable de adquisición de la infección – Marzo 2017

LUGAR PROBABLE	Nº	%
Lima	14	58%
Piura	2	8%
Ancash	2	8%
Ucayali	1	4%
Huancavelica	1	4%
Cajamarca	1	4%
Callao	1	4%
Cusco	1	4%
Junín	1	4%
Total general	24	100%

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNNDM

Según lugar probable de infección el 58% de los casos proceden de Lima, seguidos de los departamentos de Piura y Ancash, ambos con un 8% de los casos.

Tabla N° 2.5 Distribución de casos según tipo de diagnóstico – Marzo 2017

TIPO DE DIAGNÓSTICO	Nº	%
Confirmado	16	67%
Descartado	5	21%
Probable	3	13%
Total general	24	100%

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNNDM

Del total de daños reportados, el 67% fueron confirmados, mientras que el 21% fueron descartados; quedando un 13% como casos probables por tener resultados pendientes.

Tabla N° 2.6 Casos confirmados de daños de notificación obligatoria – Marzo 2017

DAÑO	Nº	%
Síndrome de Guillain-Barre	6	38%
Dengue Sin Señales De Alarma	2	13%
Varicela sin complicaciones	2	13%
Tos ferina	1	6%
Sífilis congénita	1	6%
Hepatitis B	1	6%
Dengue Con Señales De Alarma	1	6%
Leptospirosis	1	6%
Muerte materna directa	1	6%
Total general	16	100%

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

De los casos confirmados el mayor porcentaje corresponde al Síndrome de Guillain-Barre (38%), seguido de Dengue sin señales de alarma y Varicela sin complicaciones, con un 13% cada uno.

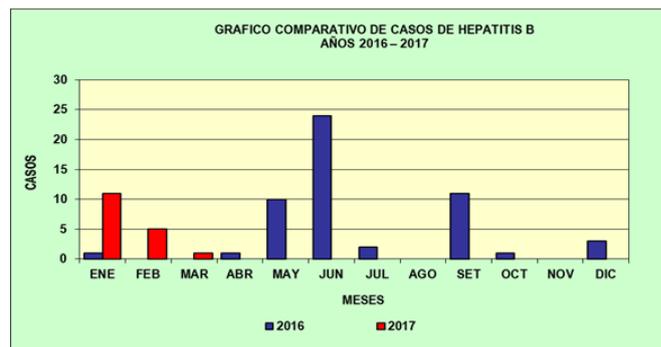
Tabla N°2.7 Casos de daños de notificación obligatoria – Marzo 2017

DAÑO	TIPO DE DIAGNÓSTICO						TOTAL	
	CONFIRMADO		DESCARTADO		PROBABLE			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Síndrome de Guillain-Barre	6	38%	0	0%	0	0%	6	25%
Bartonelosis aguda	0	0%	3	60%	1	33%	4	17%
Dengue Sin Señales De Alarma	2	13%	1	20%	0	0%	3	13%
Leptospirosis	1	6%	0	0%	2	67%	3	13%
Tos ferina	1	6%	1	20%	0	0%	2	8%
Varicela sin complicaciones	2	13%	0	0%	0	0%	2	8%
Hepatitis B	1	6%	0	0%	0	0%	1	4%
Muerte materna directa	1	6%	0	0%	0	0%	1	4%
Dengue Con Señales De Alarma	1	6%	0	0%	0	0%	1	4%
Sífilis congénita	1	6%	0	0%	0	0%	1	4%
Total general	16	100%	5	100%	3	100%	24	100%

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Observamos que el Síndrome de Guillain Barré representa el mayor porcentaje de casos confirmados (38%), mientras que los casos de Bartonelosis fueron descartados; quedando 3 casos como probables, con resultados pendientes por el I.N.S.

Gráfico N°2.1 Comparativo de casos de Hepatitis B



Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

En marzo 2017 se notificó un caso de Hepatitis B, a diferencia de febrero y marzo 2016 donde no se reportaron casos de Hepatitis B por falta de insumos en Laboratorio.

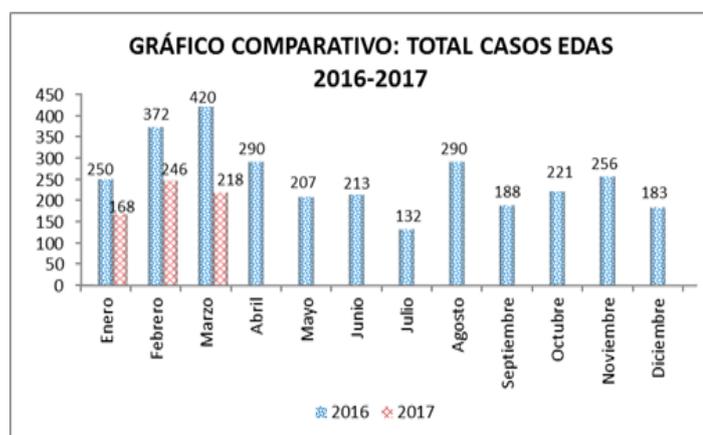
Tabla N° 2.8 Atenciones de diarrea acuosa aguda según grupo etario y distrito de procedencia – Marzo 2017

LUGAR PROBABLE	Nº de casos			Total
	<1a	1-4a	5a+	
Lima	16	27	98	141
La Victoria	12	21	14	47
San Luis	1	4	2	7
El Agustino	1	2	2	5
San Juan De Lurigancho	3	2	0	5
San Borja	2	0	0	2
Tránsito	0	2	0	2
Comas	1	1	0	2
San Juan De Miraflores	0	0	2	2
Surquillo	1	0	0	1
Villa El Salvador	0	0	1	1
Magdalena Vieja	0	1	0	1
Lurigancho	1	0	0	1
Santa Anita	0	0	1	1
Total general	38	60	120	218

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Se atendieron un total de 218 casos de diarrea acuosa, de los cuales la mayor frecuencia corresponde al grupo de 5 años a más; seguido de 1 a 4 años; siendo Lima y La Victoria los distritos de mayor procedencia por ser aledaños a la institución

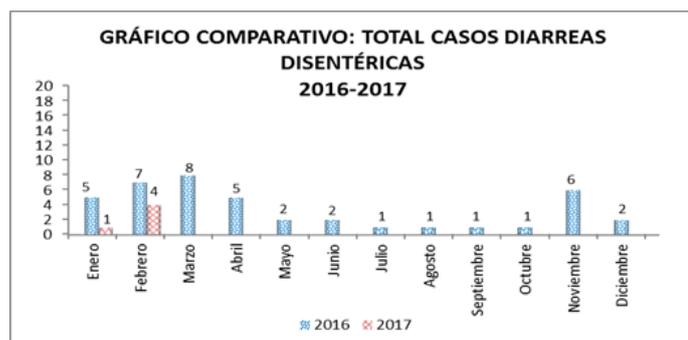
Gráfico N°2.2 Gráfico comparativo. Total de casos de EDA 2016 – 2017



Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Durante el mes de marzo 2017 se realizaron 218 atenciones por EDA; observándose una disminución significativa en relación al año anterior.

Gráfico 2.3 Total de casos de diarreas disintéricas 2016 – 2017



Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

No se presentaron casos de EDA Disintérica en el mes de marzo 2017; en relación al año anterior las atenciones por esta infección han disminuido.

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

DISTRITO	N° de casos			Total
	<2m	2-11m	1-4a	
Lima	7	77	84	168
La Victoria	3	50	75	128
El Agustino	3	5	6	14
San Luis	1	4	4	9
San Juan De Lurigancho	0	1	6	7
Ate	1	2	2	5
Rímac	0	0	4	4
Transito	0	0	3	3
Surquillo	0	2	1	3
Santa Anita	0	0	2	2
Villa Maria Del Triunfo	0	1	1	2

San Juan De Miraflores	0	1	1	2
San Martín De Porres	0	2	0	2
San Borja	1	0	1	2
Comas	0	0	1	1
La Molina	0	0	1	1
Jesús Maria	0	1	0	1
Total general	16	146	192	354

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Se atendieron un total de 354 IRAs, de las cuales la mayor frecuencia corresponde al grupo de 1 a 4 años, seguido por el grupo de 2 a 11 meses de edad; siendo Lima y La Victoria los distritos de donde mayormente procedieron las IRAs.

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

DISTRITO	N° DE CASOS		Total
	< 2 a	2-4 a	
Lima	29	17	46
La Victoria	14	6	20
El Agustino	7	6	13
San Luis	3	1	4
Villa Maria Del Triunfo	3	0	3
Ate	2	1	3
San Juan De Lurigancho	3	0	3
Santa Anita	0	2	2
Surquillo	1	1	2
San Martín De Porres	1	0	1
San Borja	1	0	1
Tránsito	1	0	1
Total general	65	34	99

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Se atendieron un total de 99 casos de SOBA/ASMA, de los cuales el mayor número corresponde al grupo de menores de 2 años, seguido por el grupo de 2 a 4 años de edad; siendo Lima y La Victoria los distritos de mayor procedencia.

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

DISTRITO	N° de casos						Total
	<2-11m	1-4a	5-9a	10-19a	20-59a	60a+	
Lima	0	2	2	0	1	8	13
La Victoria	0	0	3	0	0	1	4
Puente Piedra	0	0	0	1	0	0	1
San Borja	0	0	0	0	0	1	1
San Luis	0	0	0	0	0	1	1
Tránsito	0	1	0	0	0	0	1
Ate	0	0	0	0	1	0	1

Lurigancho	0	0	0	0	0	1	1
Total general	0	3	5	1	2	12	23

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Tabla N° 2.12 Hospitalizados por Neumonía según grupo etario y distrito de procedencia – Marzo 2017

DISTRITO	N° de casos							Total
	< 2m	< 2-11m	1-4a	5-9a	10-19a	20-59a	60 a +	
Lima	1	4	9	2	0	1	8	25
La Victoria	0	4	3	3	0	0	1	11
San Luis	0	3	0	0	0	0	1	4
Ate	0	0	1	0	0	1	0	2
Villa El Salvador	0	1	1	0	0	0	0	2
San Juan De Lurigancho	0	0	2	0	0	0	0	2
El Agustino	0	0	2	0	0	0	0	2
Surquillo	0	1	0	0	0	0	0	1
Transito	0	0	1	0	0	0	0	1
Lurigancho	0	0	0	0	0	0	1	1
Villa Maria Del Triunfo	0	0	1	0	0	0	0	1
Puente Piedra	0	0	0	0	1	0	0	1
San Borja	0	0	0	0	0	0	1	1
Total general	1	13	20	5	1	2	12	54

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Se hospitalizaron un total de 54 pacientes por Neumonía. El grupo etario más afectado fueron los niños de 1 a 4 años edad, seguido por los lactantes de 2 a 11 meses, siendo Lima y La Victoria los distritos de mayor procedencia.

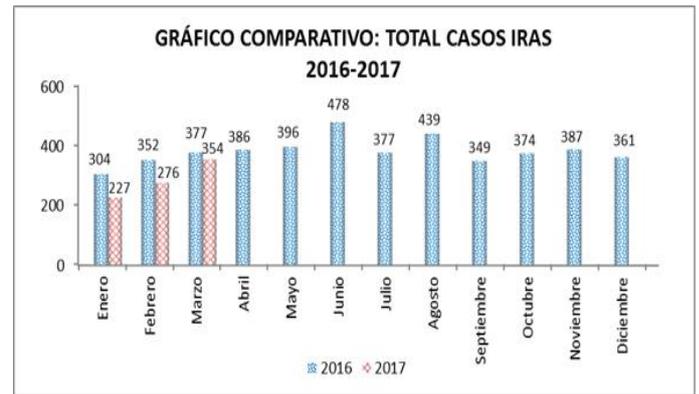
Tabla N° 2.13 Casos hospitalizados de Neumonía Grave según grupo etario y distrito de procedencia – Marzo 2017

DISTRITO	N° de casos			Total
	<2m	2-11m	1-4a	
Lima	1	4	9	14
La Victoria	0	4	3	7
San Luis	0	3	0	3
Villa El Salvador	0	1	1	2
El Agustino	0	0	2	2
San Juan De Lurigancho	0	0	2	2
Villa Maria Del Triunfo	0	0	1	1
Ate	0	0	1	1
Surquillo	0	1	0	1
Tránsito	0	0	1	1
Total General	1	13	20	34

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Se hospitalizaron un total de 34 casos de Neumonía Grave de los cuales el mayor número corresponde al grupo de 1 a 4 años de edad; siendo Lima y La Victoria los distritos de mayor procedencia.

Gráfico 2.4 Gráfico comparativo total casos IRAS 2016- 2017



Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

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

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

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

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

En relación al año 2016, en el mes de marzo las atenciones por IRAS han disminuido. Sobre todo, en el grupo etario de 2 a 11 meses.

Gráfico 2.5 Total de casos SOBA/ASMA 2016-2017.



Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

En el mes de marzo del presente año se reportaron 99 casos de SOBA/ASMA, habiendo un aumento con respecto al año 2016.

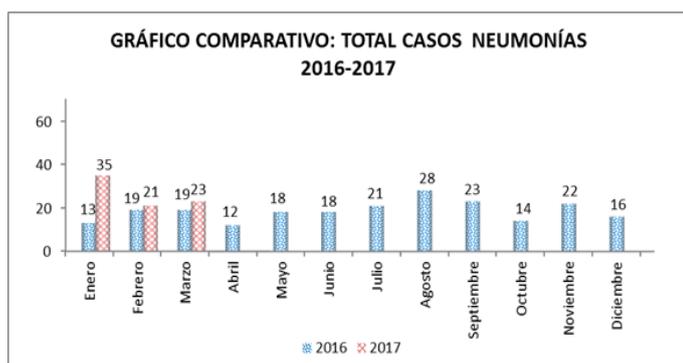
Tabla N° 2.15 Cuadro Comparativo: Total Casos SOBA/Asma por Grupo Etario.

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

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

En relación al año anterior las atenciones de SOBA/ASMA en marzo 2017 se han incrementado, haciéndose más evidente en el grupo etario de menores de 2 años.

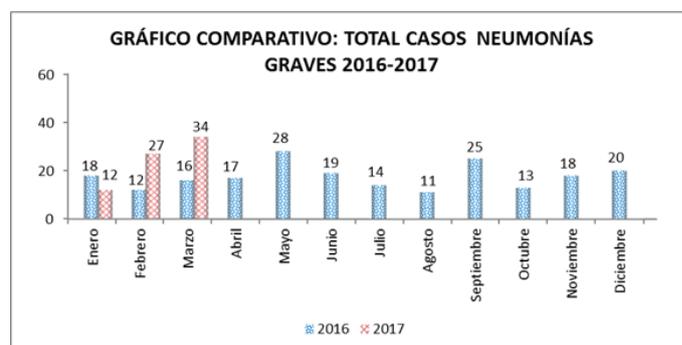
Gráfico 2.6 Total de casos de Neumonía 2016-2017



Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

En el mes de marzo 2017 se presentaron 23 casos de Neumonía en el hospital, comparado con los 19 casos que se presentaron en el mes de marzo 2016, hubo un ligero aumento.

Gráfico 2.7 Total de casos de Neumonías Graves 2016-2017



Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Los casos de Neumonía Grave en el mes de marzo 2017 se incrementaron en comparación con los casos de marzo 2016.

Tabla N° 2.16 Cuadro Comparativo: Total de casos hospitalizados de Neumonías por grupo etario

Mes	< 2 meses		2-11 meses		1-4 años		5-9 años		10-19 años		20-59 años		60 años +	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017
	Enero	-	2	6	4	12	6	4	8	-	7	1	5	4
Febrero	1	4	3	15	8	8	1	3	-	-	2	3	4	9
Marzo	2	1	5	13	9	20	2	5	1	1	6	2	5	12
Abril	1		5		11		4		4		1		1	
Mayo	1		7		20		3		1		5		8	
Junio	2		7		10		3		2		1		9	
Julio	2		5		7		2		-		9		8	
Agosto														
Septiembre	4		7		14		1		2		3		10	
Octubre	-		4		9		1		-		2		8	
Noviembre	3		8		7		4		1		2		5	
Diciembre	1		9		10		8		2		2		3	

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Los hospitalizados por Neumonía en los diferentes grupos etarios durante el mes de marzo 2017, se han incrementado en relación al año anterior; siendo más notorio en los menores de 2 a 11 meses de edad y de 1 a 4 años; se observa asimismo que en los adultos mayores se incrementó en un 50%, por ser grupos de edad de mayor riesgo de infecciones.

Tabla N° 2.17 Cuadro comparativo: Total casos de Neumonías Graves por grupo etario

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

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Las hospitalizaciones por Neumonía Grave en los niños menores de 4 años durante el mes de marzo 2017, se han incrementado en comparación al año anterior.

Tabla N° 2.20 Atenciones de Febriles según mes de ocurrencia – Marzo 2017

	MARZO
Casos	193

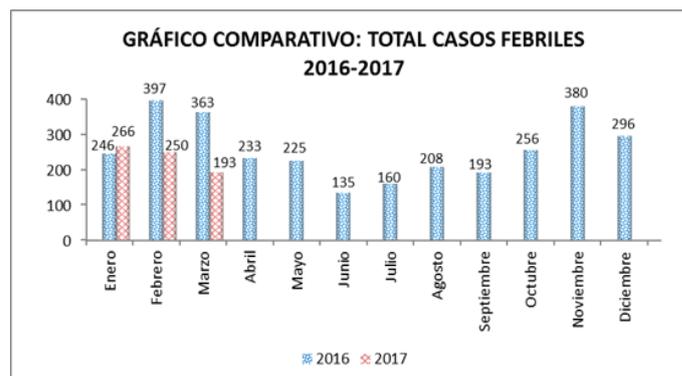
Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Tabla N° 2.18 Atenciones de Febriles según grupo etario y distrito de procedencia – Marzo 2017.

Distrito	N° de casos						Total
	< 1 a	1-4 a	5-9 a	10-19 a	20-59 a	60 a +	
Lima	23	58	16	6	16	9	128
La Victoria	14	25	8	1	0	0	48
San Luis	3	1	0	0	0	0	4
San Juan De Lurigancho	1	1	1	0	0	0	3
El Agustino	0	2	0	0	0	0	2
Surquillo	1	1	0	0	0	0	2
Villa Maria Del Triunfo	0	1	0	0	0	0	1
Lince	0	0	1	0	0	0	1
La Molina	0	1	0	0	0	0	1
Rímac	0	1	0	0	0	0	1
Ventanilla	0	1	0	0	0	0	1
Transito	0	1	0	0	0	0	1
Total general	42	93	26	7	16	9	193

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Gráfico 2.9 Total de casos Febriles 2016-2017

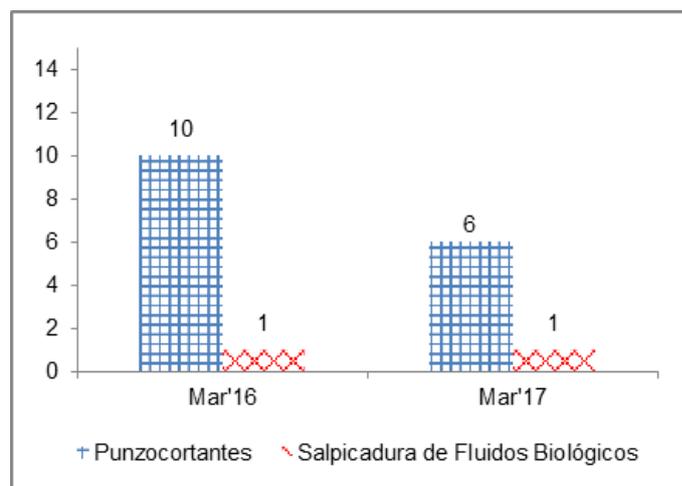


Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Se atendieron un total de 193 febriles por diferentes causas; de los cuales la mayor frecuencia corresponde al grupo etario de 1- 4 años, seguido por los menores de 1 año; siendo Lima y La Victoria los distritos de mayor procedencia.

3. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE ACCIDENTES OCUPACIONALES.

Gráfico N° 3.1 Comparativo de accidentes laborales por exposición a fluidos biológicos y/o objetos punzocortantes por grupo ocupacional – Marzo 2017



Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales - HNDM

En marzo del 2016, se notificaron 7 casos de Accidentes Laborales por exposición a Fluidos biológicos y/o Objetos punzocortantes, de los cuales 6 casos fueron ocasionados por exposición a objetos punzocortantes (86%) y un caso fue originado por exposición a fluidos biológicos – salpicaduras (14%).

Tabla N° 3.1 Accidentes laborales por exposición a fluidos corporales y/o objetos punzocortantes según grupo ocupacional según grupo ocupacional – Marzo 2017.

Grupo ocupacional	Salpicadura		Punzo cortantes		Total Mes		N° Acum.	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Interno Medicina	0	0	2	33	2	29	6	32
Médico Residente	1	100	3	50	4	57	5	26
Estudiante de Enfermería	0	0	0	0	0	0	2	11
Estudiante de Medicina	0	0	0	0	0	0	2	11
Enfermera	0	0	1	17	1	14	2	11
Interno Tecnología Médica	0	0	0	0	0	0	1	5
Personal Limpieza	0	0	0	0	0	0	1	5
Total	1	100	6	100	7	100	19	100

Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales - HNNDM

Durante marzo del presente año se observa que el grupo ocupacional en etapa de entrenamiento es el que presenta la mayor ocurrencia de los accidentes laborales por exposición a fluidos biológicos y/o objetos punzocortantes (86%), siendo los médicos residentes los que presentan el mayor número de casos (57%), seguido de los internos de medicina (29%).

Tabla N°3.2 Accidentes laborales por exposición a fluidos corporales y/o objetos punzocortantes según sexo – Marzo 2017

Sexo	Salpicadura		Punzo cortantes		Total Mes		N° Acum.	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Masculino	1	100	2	33	3	43	11	58
Femenino	0	0	4	67	4	57	8	42
Total	1	100	6	100	7	100	19	100

Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales – HNNDM

En marzo del presente año el 57% del total de casos de accidentes laborales por exposición a fluidos biológicos y/o objetos punzocortantes fueron mujeres y el 43% restante fueron hombres.

Tabla N° 3.3 Accidentes laborales por exposición a fluidos corporales y/o objetos punzocortantes según área de ocurrencia – Marzo 2017

Área	Salpicadura		Punzo cortantes		Total Mes		N° Acum.	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Emergencia Adultos	0	0	1	17	1	14	9	47
Patología Clínica y Anatomía Patológica	1	100	0	0	1	14	2	11
Centro Obstétrico	0	0	2	33	2	29	2	11
SOP Emergencia	0	0	0	0	0	0	1	5
Santo Toribio	0	0	0	0	0	0	1	5
Urología I-1	0	0	0	0	0	0	1	5
Santa Rosa II	0	0	1	17	1	14	1	5
Santa Ana	0	0	1	17	1	14	1	5
Neonatología I-2	0	0	1	17	1	14	1	5
Total	1	100	6	100	7	100	19	100

Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales - HNNDM

En marzo del presente año, el área con mayor notificación de accidentes laborales por exposición a fluidos biológicos y/o objetos punzocortantes fue Centro Obstétrico (29%).

Tabla N° 3.4 Accidentes laborales por exposición a fluidos corporales y/o objetos punzocortantes según grupo etario – Marzo 2017

Grupo etario	Salpicadura		Punzo cortantes		Total Mes		N° Acum.	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
20 – 29 años	0	0	5	83	5	71	14	74
30 – 39 años	1	100	1	17	2	29	4	21
40 – 49 años	0	0	0	0	0	0	1	5
50 años +	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	1	100	6	100	7	100	19	100

Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales - HNNDM

En marzo del 2017 el grupo etario que presenta el mayor número de accidentes laborales por exposición a fluidos biológicos y/o objetos punzocortantes fue el grupo de 20 – 29 años (71%), seguido por el grupo de 30 – 39 años (29%).

Tabla N° 3.5 Circunstancias asociadas a los accidentes laborales por exposición a fluidos corporales y/o objetos punzocortantes

Circunstancias	Salpicadura		Punzo cortantes		Total Mes		N° Acum.	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Durante un procedimiento (adm. Tto., inserción cvp, cvc, etc.)	0	0	1	17	1	14	4	21
Al reencapsular una aguja usada	0	0	2	33	2	29	4	21
Durante la segregación de objetos punzocortantes	0	0	0	0	0	0	3	16
Después de uso de material, antes de descartarlo	0	0	1	17	1	14	2	11
Durante procedimiento Quirúrgico	0	0	1	17	1	14	2	11
Durante procedimiento de sutura	0	0	1	17	1	14	1	5
Durante el uso de material	1	100	0	0	1	14	1	5
Al finalizar el procedimiento (recojo de material, catéter EV, IM, SC, CVC, Epidural, etc.)	0	0	0	0	0	0	1	5
Durante Toma de muestra Hemoglucotex	0	0	0	0	0	0	1	5
Total	1	100	6	100	7	100	19	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 estuvo relacionada al procedimiento inadecuado de reencapsulado de aguja usada (29%).

Tabla N° 3.6 Turnos asociados a los accidentes laborales por exposición a fluidos corporales y/o objetos punzocortantes. Marzo 2017.

Turno en que sucedió el accidente	Salpicadura		Punzo cortantes		Total Mes		N° Acum.	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Mañana	1	100	3	50	4	57	10	53
Tarde	0	0	1	17	1	14	4	21
Noche	0	0	2	33	2	29	5	26
Total	1	100	6	100	7	100	19	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 registran durante los turnos matutinos (57%), seguido de los turnos nocturnos (29%).

Tabla N° 3.7 Grado de accidente asociados los accidentes laborales por exposición a objetos punzocortantes – Marzo 2017

Grado de accidente	Punzo cortantes		N° Acum.	
	N°	%	N°	%
Superficial	5	83	12	86
Moderado	1	17	2	14
Total	6	100	14	100

Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales - HNDM

Superficial: Sin sangrado

Moderado: Perforación superficial, escaso sangrado

Grave: Perforación profunda, sangrado profuso.

La definición de severidad del accidente está en relación al sangrado posterior, observándose un grado superficial en el 83% de los accidentes punzocortantes y un grado moderado en el 17% restante.

Tabla N° 3.8 Estado de vacuna asociados a los accidentes laborales por exposición a fluidos corporales y/o objetos punzocortantes – Marzo 2017

Estado de vacunación para VHB	Salpicadura		Punzo cortantes		Total Mes		N° Acum.	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
No	0	0	0	0	0	0	0	0
Una dosis	1	100	0	0	1	14	1	5
Dos dosis	0	0	0	0	0	0	5	26
Tres dosis	0	0	6	100	6	86	13	68
Total	1	100	6	100	7	100	19	100

Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales - HNDM

En lo referente a la protección basada en la vacunación contra la Hepatitis B en Marzo del presente año, se observa que el 86% de los trabajadores de salud expuestos cuenta con las dosis completas de vacuna de Hepatitis B y el 14% no cuenta con las dosis completas de vacuna.

Tabla N° 3.9 Dispositivos específicos asociados a los accidentes laborales por exposición a objetos punzocortantes – Marzo 2017

Dispositivo	Punzocortantes		N° Acum.	
	N°	%	N°	%
Agujas hipodérmicas solas	1	17	6	43
Jeringa Descartable	3	50	3	21
Lanceta de punción de dedo o talón	0	0	2	14
Aguja de sutura	1	17	2	14
Bisturí descartable	1	17	1	7
Total	6	100	14	100

Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales - HNNDM

En marzo del presente año, el 50% de los accidentes laborales por exposición a objetos punzocortantes se debió a jeringas descartables.

Tabla N° 3.10: Zona de localización asociados a los accidentes laborales por exposición a objetos punzocortantes – Marzo 2017

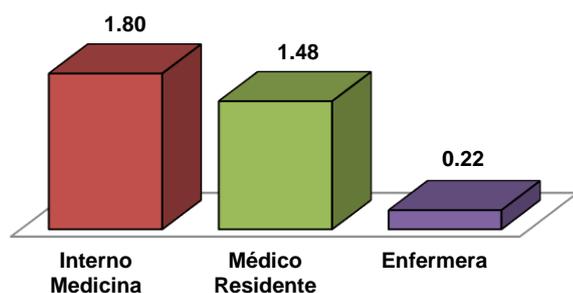
Zona de localización del accidente	Punzocortantes		N° Acum.	
	N°	%	N°	%
Índice izquierdo, palma	2	33	6	43
Índice derecho, palma	0	0	1	7
Pulgar derecho, palma	0	0	1	7
Anular derecho, dorso	0	0	1	7
Muñeca mano derecha, palma	0	0	1	7
Pulgar izquierdo, palma	1	17	1	7
Dedo medio izquierdo, palma	1	17	1	7
Abdomen	1	17	1	7
Anular derecho, palma	1	17	1	7
Total	6	100	14	100

Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales - HNNDM

El 33% de los accidentes por exposición a objetos punzocortantes se localizó en el dedo índice izquierdo, palma.

En marzo 2017, el único accidente laboral por exposición a fluidos corporales se localizó en el ojo derecho.

Gráfico N° 3.02: Tasa de accidentabilidad por grupo ocupacional – Marzo 2017



Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales - HNNDM

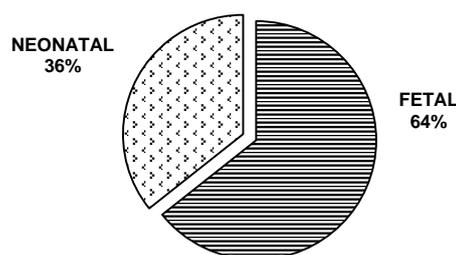
Se observa que la Tasa de accidentabilidad por accidentes de trabajo más alta se ha presentado en el grupo ocupacional de internos de medicina (1.80%), seguido de médicos residentes (1.48%).

4. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE MORTALIDAD NEONATAL Y FETAL.

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

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.

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



Fuente: Base de datos del VEA-HNNDM

En marzo del presente año, se notificaron 7 casos de muertes perinatales, 4 casos de muertes neonatales (57%) y 3 casos de muertes Fetales (43%).

El acumulado de muertes perinatales de enero a marzo 2017 fue de 14 casos, 9 de los cuales fueron de muertes fetales (64%) y 5 casos de muertes neonatales (36%).

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

Peso/Denominación	Tipo Parto		Muerte Fetal			Tipo Parto		Muerte Neonatal			
	V	C	AP	IP	T	V	C	< 24h	1-7d	8-28d	T
500 – 999g	0	0	0	0	0	2	2	2	2	0	4
1000 – 1499g	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0
1500 – 1999g	2	1	3	0	3	0	0	0	0	0	0
2000 – 2499g	1	1	1	1	2	0	0	0	0	0	0
2500 – 2999g	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1

3000 – 3499g	2	0	2	0	2	0	0	0	0	0	0
3500 – 3999g	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0
4000 – 4499g	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
>=4500g	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	6	3	8	1	9	2	3	2	3	0	5

V: Vaginal, C: Cesárea, AP: Anteparto, IP: Intraparto, T: Total

Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

Hasta marzo del presente año se evidencia en la Tabla N° 01 (Aplicativo Analítico BABIES), la ocurrencia de 14 casos de muertes perinatales, de las cuales 9 casos corresponden a natimueertos y 5 casos de muertes neonatales.

Hasta la fecha, el patrón epidemiológico de los 9 casos de muerte fetal fueron en edades gestacionales de 30 a 40 semanas, con pesos de 1.000 – 3.999 gramos; siendo muerte fetal desconocida la causa básica más frecuente, con CPN insuficiente, 6 casos nacidos de parto vaginal y 3 de ellos por cesárea.

El patrón epidemiológico de las muertes neonatales fue con edades gestacionales de 22 semanas a 35 semanas de gestación, con pesos de 500 - 2.999 gramos, con CPN insuficiente, 3 casos nacidos de parto por cesárea y 2 casos nacidos de parto por vía vaginal; siendo la causa básica de Mortalidad Neonatal por Prematuridad Extrema.

Además se evidencia en la Vigilancia epidemiológica de Mortalidad Perinatal la disminución en la cobertura del control prenatal, evidenciándose déficit en la calidad de este servicio, lo que tiene como consecuencia que no se reconozcan y traten oportunamente las complicaciones maternas.

Tabla N° 4.2 Muerte fetal según codificación CIE-10 y peso al nacimiento – Marzo 2017

DIAGNÓSTICO	CÓDIGO CIE X	PESO AL NACIMIENTO						TOTAL
		500 - 999 g	1000 - 1499g	1500 - 1999 g	2000 - 2499 g	2500 - 2999 g	≥ 3000 g	
Muerte fetal de causa no especificada	P95	0	1	3	1	2	3	8
Cardiopatía congénita	Q24	0	0	0	1	0	0	1
Total general		0	1	3	2	0	3	9

Fuente: Base de datos del VEA-HNDM.

Hasta marzo del presente año, según codificación CIE-10 la causa básica de muerte fetal fue causa no especificada (86%).

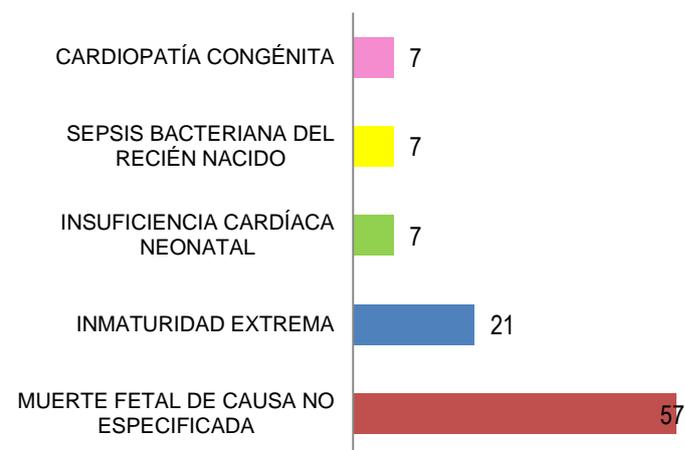
Tabla N° 4.3 Muerte neonatal según codificación CIE-10 y peso al nacimiento – Marzo 2017.

DIAGNÓSTICO	CÓDIGO CIE X	PESO AL NACIMIENTO						TOTAL
		500 - 999 g	1000 - 1499g	1500 - 1999 g	2000 - 2499 g	2500 - 2999 g	≥ 3000 g	
Inmadurez Extrema	P07.2	3	0	0	0	0	0	3
Insuficiencia cardiaca neonatal	P29.0	0	0	0	0	1	0	1
Sepsis bacteriana del recién nacido	P36	1	0	0	0	0	0	1
Total general		4	0	0	0	1	0	5

Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

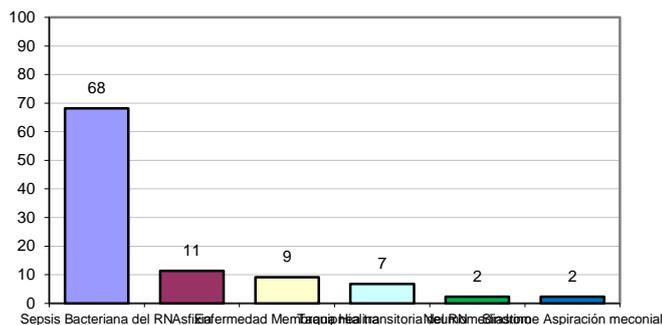
Hasta marzo del 2017, la causa más frecuente de muerte neonatal fue Inmadurez extrema (60%).

Gráfico N° 4.2 Tipos de mortalidad fetal y neonatal – Marzo 2017



Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

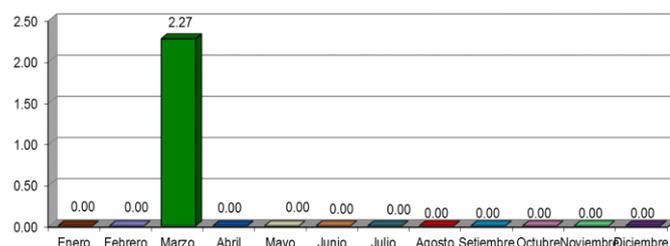
Hasta marzo del presente año, la muerte fetal de causa no especificada ocupa el mayor número de casos (57%), seguido de Prematuridad Extrema (21%).

Grafico N° 4.3 Complicaciones neonatales HNMD – Marzo 2017.

Fuente: Base de datos del VEA-HNMD

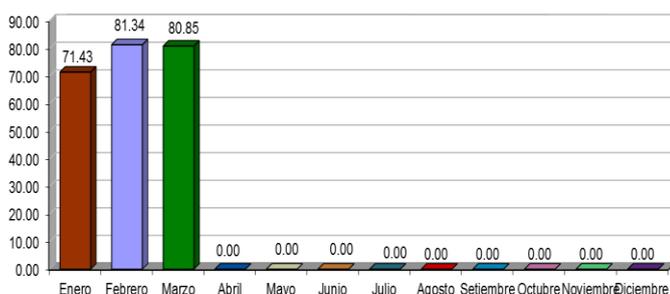
Durante marzo del presente año se atendieron 44 recién nacidos complicados; con una Muerte neonatal por Sepsis Bacteriana del recién nacido. Las complicaciones más frecuentes siguen siendo la Sepsis Neonatal con 30 casos (68%), seguido de Asfisia Perinatal con 5 casos (11%).

Además se observa que la Tasa de incidencia de bajo peso al nacer es de 80.85 x 1000 recién nacidos vivos.

Grafico N° 4.4 Tasa de letalidad de complicaciones neonatales – Marzo 2017

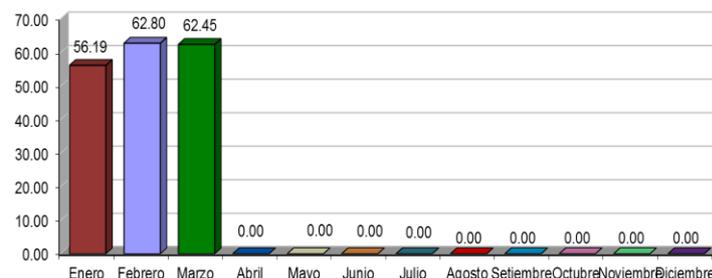
Fuente: Base de datos del VEA-HNMD

En marzo del 2017, la tasa de complicaciones neonatales fue de 2.27%.

Grafico N° 4.5 Tasa de Incidencia de Bajo peso al nacer – Marzo 2017

Fuente: Base de datos del VEA-HNMD

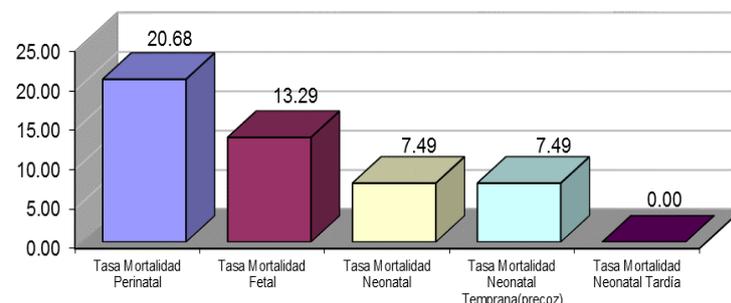
En marzo del 2017, se observa que la Tasa de incidencia de bajo peso al nacer es de 80.85 x 1000 recién nacidos vivos.

Grafico N° 4.6 Tasa de cesárea general – Marzo 2017

Fuente: Base de datos del VEA-HNMD

La proporción de partos complicados sigue siendo alta (77.64%), dado que el HNMD es un Establecimiento de referencia nacional. En marzo la tasa de cesárea general fue de 62.45 %.

La tasa de cesárea en RN de bajo peso al nacer fue de 6.75%, 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 9.7% y la tasa de cesárea con RN macrosómico fue de 4.64%.

Grafico N° 4.7 Tasas de mortalidad fetal y neonatal – Marzo 2017

Fuente: Base de datos del VEA-HNMD

En marzo la tasa de mortalidad perinatal fue de 20.68 x 1000 nacimientos, la Tasa de Mortalidad Neonatal fue de 7.49 x 1000 RN Vivos, la Tasa de Mortalidad neonatal precoz fue de 7.49 x 1000 RN Vivos y la Tasa de Mortalidad Fetal fue de 13.29 x 1000 nacimientos.

5. EVALUACIÓN POR DEPARTAMENTOS DEL MANEJO DE RESIDUOS HOSPITALARIOS.

En la evaluación del manejo de residuos sólidos por departamento, en el mes de marzo 2017, el Dpto. de Emergencia y el Dpto. de Odonto Estomatología

obtuvieron un puntaje de “Regular” al 100% de los ítems de evaluación. (Ver Tabla N°:4.1).

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

DEPARTAMENTOS	CALIFICACIÓN		
	Bueno (%)	Regular (%)	Malo (%)
Departamento de Medicina	60	40	
Departamento de Especialidades Médicas	83	17	
Departamento de Cirugía	67	33	
Departamento de Gineco-Obstetricia	50	50	
Departamento de Pediatría	50	50	
Departamento de Odonto Estomatología		100	
Dpto. de Diagnóstico por Imágenes	100		
Departamento de Enfermería	100		
Departamento de Anestesiología y Centro Qx	100		
Departamento de Emergencia		100	
Departamento de Farmacia	100		
Departamento de Patología Clínica	100		
Departamento de Banco De Sangre y Hemot.	100		
Departamento de Cirugía de Tórax y Cardiovascular.	100		

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

ACTUALIDAD EN EPIDEMIOLOGÍA

Vigilancia Epidemiológica del Dengue: Distribución y factores de prevención y control

I. Antecedentes

El dengue es una enfermedad viral aguda, endemo-epidémica, transmitida por la picadura de zancudos hembras del género *Aedes*, principalmente por *Aedes aegypti*, y constituye actualmente la arbovirosis más importante a nivel mundial en términos de morbilidad, mortalidad e impacto económico (1, 2). En los últimos 50 años la incidencia de dengue se ha incrementado 30 veces. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que entre 50 - 100 millones de infecciones por dengue ocurren cada año en más de 100 países endémicos (2). Un estudio sobre la carga de enfermedad encontró que el número estimado de DALYs perdidos cada año por dengue es de 72 277 para Latinoamérica, el 36% de pérdida en Brasil, el 28% en la Región Andina y el 21% en América Central y México. El costo estimado del dengue en Latinoamérica es de USD 2.1 billones por año. En el Perú, la mediana del costo de un caso de dengue ambulatorio es de USD 259, mientras que el costo de un caso de dengue hospitalizado es de USD 723 (3).

Debido al impacto en la salud, en los servicios sanitarios y a las pérdidas económicas, la OMS lanza la Estrategia Global para la prevención y control del dengue 2012 – 2020 con la finalidad de reducir la carga del dengue al reducir la morbilidad y mortalidad al 2020 al menos en 50% y 25% respectivamente, a través de los siguientes elementos técnicos: Diagnóstico y manejo de

casos, Vigilancia integrada y preparación ante brotes, Control sostenible del vector, Implementación futura de la vacuna e Investigación básica, operacional e implementación (2). Uno de los métodos más utilizados en controlar o prevenir la transmisión de los virus ha sido el control del *Aedes aegypti*. Este control vectorial debe estar basado en la gestión del medioambiente y los métodos químicos. La eliminación adecuada de los residuos sólidos y la mejora de las prácticas de almacenamiento de agua son medidas que deben fomentarse en los programas comunitarios. Para ello es imprescindible la educación, la promoción y la participación comunitaria en la lucha contra el vector que no es solo una tarea del sector salud (4).

La reemergencia del dengue en el Perú en el siglo XX está ligado a la reintroducción del *Aedes aegypti* en 1984. Desde la epidemia de dengue clásico que ocurrió en 1990 que afectó a las principales ciudades de la Amazonía, casi todas las áreas del país que cuentan con la presencia del *Aedes* actualmente presentan casos de dengue y la circulación de los cuatro serotipos del virus (4, 5).

Desde 1990, el Ministerio de Salud ha implementado el sistema de vigilancia epidemiológica de dengue a través del software NotiDengue (actual NotiSP). A partir del 2005 el

Instituto Nacional de Salud (INS) implementó el sistema NetLab que permite tener en tiempo real los resultados de los exámenes de laboratorio. Lamentablemente el registro y análisis de la información de manera independiente de estos dos sistemas de registros paralelos no permiten la uniformidad en la información (6). El dengue en el Perú es de notificación obligatoria según los lineamientos del sistema de vigilancia epidemiológica nacional vigente. La notificación es obligatoria e inmediata de los casos probables o confirmados de dengue con o sin signos de alarma y dengue grave por parte del personal de epidemiología del establecimiento de salud o del inmediato superior (1, 7).

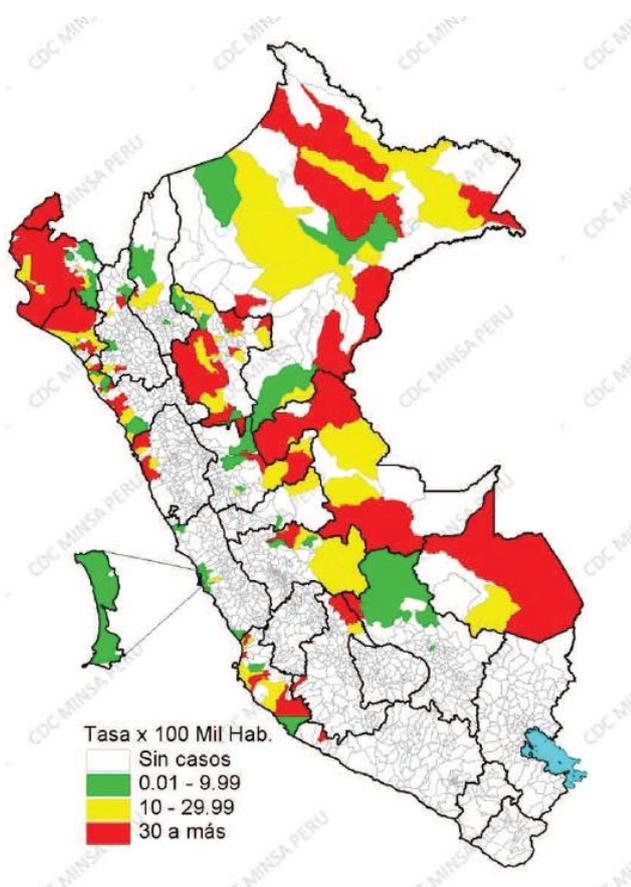
A partir del año 2013, se observa un incremento en la notificación de casos hasta la SE 15, el rango de los casos entre el 2013 y 2016 va desde 5499 hasta 11500 casos. Durante el 2016 en el Perú se notificaron 31 868 casos de dengue al sistema de vigilancia, de los cuales el 53.5% (17 055) fueron casos confirmados y el 46.5% (14 813) correspondieron a casos probables. Clínicamente el 87.5% (27 889) de los casos fueron dengue sin señales de alarma, el 12.1% (3 855) fueron casos de dengue con señales de alarma y el 0.4% (124) fueron casos de dengue grave, procedentes de 18 de las 24 regiones del país. El 89.3% (28 473) de los casos de dengue fueron notificados en Piura, La Libertad, Ayacucho, Loreto, Lambayeque, Tumbes, Ucayali, Cusco y Junín. Los distritos de los departamentos de la costa norte (Tumbes y Piura principalmente), en la región nororiental, selva sur y en la zona del VRAEM mostraron una incidencia de más de 101.2 casos por cada 100 mil hab (8).

De las 44 defunciones atribuibles a dengue, 39 fueron confirmadas y 5 están notificadas como casos probables. El departamento de Piura reportó el 50% (22/44) de las defunciones asociadas a dengue. La letalidad a nivel nacional fue de 0.14% y en Piura 0.26%. La etapa de vida joven fue la que presentó la tasa de incidencia más alta de casos de dengue con 12.1 casos por 10 000 hab seguido por los adolescentes (12-17 años) con 11.7 casos por 10 000 hab (8).

II. Situación actual

Según la OMS en la Región de las Américas en lo que va del año 2017 el Perú es el segundo país que más ha notificado casos de dengue con 13 563 casos de un total de 139 898, superado únicamente por Brasil con 70 843 casos (9). El Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades documentó que hasta la SE 15-2017 se notificaron 16 048 casos de dengue, el 29.5% (4 738) fueron casos confirmados y el 70.5% (11 310) fueron casos probables. Según la forma clínica de presentación, el 88.9% (14 271) fue dengue sin señales de alarma, el 10.8% (1 726) fue dengue con señales de alarma y el 0.3% (51) restante fue dengue grave. El 91.4% (14 666) de los casos de dengue hasta la SE 15-2017 fueron notificados en Piura, Ica, La Libertad, Lambayeque, Loreto, Ancash, Ayacucho, Ucayali y Tumbes. El número total de defunciones asociadas a dengue hasta la SE 15-2017 fue de 17, mientras que en el 2016 habían ocurrido hasta la misma semana 21 defunciones.

Mapa de incidencia de dengue por distritos. Perú 2017



Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – MINSA, hasta la SE 15-2017

Casos de dengue por años Perú 2013 - 2017

Tipo Dx	2,013	2,014	2,015	2,016	2,017
Confirmados	5,499	6,653	8,486	10,126	4,738
Probables	0	0	409	1,374	11,310
Notificados	5,499	6,653	8,895	11,500	16,048
Defunciones	6	17	17	21	17

Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – MINSA, hasta la SE 15-2017

La elevada notificación de casos de dengue en los últimos años en nuestro país se debe en gran parte a las condiciones de saneamiento básicos deficientes en las ciudades de mayor incidencia de dengue, a la falta o racionamiento intermitente del agua potable, el inadecuado tapado y limpieza de los recipientes que almacenan el agua y a las

condiciones climáticas y el Fenómeno del Niño (10).

Debido a la emergencia sanitaria que atraviesa nuestro país por los huaycos e inundaciones se han incrementado los riesgos de brotes en diferentes departamentos. La DISA II Lima Sur el 19 de abril del 2017 emitió una **ALERTA EPIDEMIOLÓGICA** por brote de dengue autóctono en los distritos de Comas, Puente Piedra y San Juan de Miraflores para reforzar la vigilancia epidemiológica-entomológica y la organización de los servicios de salud en el ámbito de su jurisdicción (11).

Las recomendaciones establecidas en el documento fueron las siguientes (11):

1. Los establecimientos de salud de la jurisdicción, deben intensificar las actividades de prevención y control del vector *Aedes aegypti*.
2. Todos los establecimientos de salud deben socializar la definición de Dengue, ZIKA y Chikungunya a todo personal de salud.
3. Los establecimientos de salud deberán investigar de manera inmediata todo incremento de febriles y casos notificados de dengue, ZIKA y Chikungunya.
4. Los casos notificados con definición deben ser ingresados en forma diaria en el sistema NOTI SP online y en el aplicativo de arbovirosis, actualizando los resultados de laboratorio.
5. Los establecimientos de salud que no hayan presentado brote de dengue deben continuar con la vigilancia de febriles, notificando casos según definición, control del *Aedes aegypti*, socializando e impartiendo educación sanitaria a la población casa por casa.

6. Fortalecer la organización y respuesta de los servicios de salud con personal capacitado, insumos, productos farmacéuticos, definición de ambiente de darse el caso, para la atención y observación de casos de dengue, así como prever en el escenario de potencial incremento de casos.
7. Desarrollar actividades de comunicación en la comunidad para con la identificación de signos y síntomas, la notificación al establecimiento de la presencia del “zancudo *Aedes aegypti*” en la vivienda y/o comunidad, así como la PROHIBICIÓN de automedicación, promoviendo la búsqueda de atención médica de forma oportuna.
8. Establecer coordinaciones a nivel sectorial y multisectorial para las actividades de prevención, control y respuesta ante la presencia de casos autóctonos, activando el Comité de lucha contra el dengue local, distrital.
9. Las Oficinas de Epidemiología, deberán difundir la presente alerta para conocimiento de todas las instituciones y establecimientos del sector en el ámbito de su jurisdicción.

Ante la elevada notificación de casos de dengue en los últimos años y los brotes se hace necesario contar con un sistema único y automatizado en línea que analice la información, lo que permitiría que la vigilancia se de en tiempo real y que la toma de decisiones sea más oportuna para el control de dengue en el Perú (6).

Los gobiernos deben seguir las recomendaciones dadas por la OMS y la OPS. Es necesarios tomar conciencia de que si las grandes sumas de dinero que se gastan cuando ocurren epidemias se

invertieran en eliminar o atenuar los macrofactores determinantes correspondientes, se podrían evitar o atenuar muchas epidemias. Lograr este objetivo es el gran reto de la salud pública en América (12).

Bibliografía:

1. RM N° 071-2017/MINSA. Guía de Práctica Clínica para la Atención de Casos de Dengue en el Perú.
2. WHO. Global strategy for dengue prevention and control 2012-2020. 2012.
3. Shepard DS, Coudeville L, Halasa YA, Zambrano B, Dayan GH. Economic impact of dengue illness in the Americas. *The American journal of tropical medicine and hygiene*. 2011;84(2):200-7.
4. Cabezas C., Fiestas V., García-Mendoza M., Palomino M., Mamani E. Dengue en el Perú: A un cuarto de siglo de su reemergencia. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2015;32(1):146-56.
5. Ramos-Castañeda J, dos Santos FB, Martínez-Vega R, de Araujo JMG, Joint G, Sarti E. Dengue in Latin America: Systematic Review of Molecular Epidemiological Trends. *PLOS Neglected Tropical Diseases*. 2017;11(1):e0005224.
6. Donaires F, Vargas-Herrera J, Cabezas C, Ponce J, Hoffman K. Information systems for dengue about Peru: need for real-time monitoring and analysis. *Revista peruana de medicina experimental y salud publica*. 2013;30(3):521-30.
7. RM N° 506-2012/MINSA. Directiva Sanitaria N° 046-MINSA/DGE-V.01 "Notificación de Enfermedades y Eventos Sujetos a Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública".
8. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Boletín Epidemiológico del Perú. Semana Epidemiológica N° 52 - 2016.
9. PAHO. Número de casos reportados de dengue y dengue grave en las Américas, por país – 20 de abril de 2017 (SE 15) 2017. Available from: http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=rdmore&cid=6291&Itemid=40734&lang=es.
10. Terazón Miclín O, Terazón Miclín M. Enfoque de riesgo en la prevención del dengue. *Medisan*. 2012;16(9):1428-37.
11. Alerta Epidemiológica N° 001-2017-EPI-DG-DISA-II-LS/MINSA 19 de abril del 2017.
12. Gustavo K. El dengue, un problema creciente de salud en las Américas. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2006;19(3):143-5.

Disponible en

www.hdosdemayo.gob.pe

OFICINA DE EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD AMBIENTAL (OESA)

Director

Dr. José Luis Bolarte Espinoza

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

Dr. Jaime Alvarezcano Berroa

Equipo de Trabajo de Vigilancia Epidemiológica

Dr. Marco Antonio Sánchez Ramírez

Lic. Carmen Lam Villoslada

Lic. Rosario Mucha Huatuco

Lic. Mónica Barrientos Pacherras

Lic. Joel Cadillo Rivera

Equipo de Trabajo Salud Ambiental

Sr. Alfonso Rodríguez Ramírez

Ing. Eduardo Yactayo Infantes

Sr. Jaime Aparcana Moncada

Sr. Jaime Arce Veintemilla

Sr. Raúl Quispe Bocangel

Equipo de Informática

Sra. Andrea Ydoña Cuba

Ing. Estadística Marianella Narro Dueñas

Compilación y Edición

M.C. Ingrid Bohórquez Quito R1 Gestión (UNMSM)

Lima – Marzo 2017