



CONTENIDO

EDITORIAL *pág. 1*1. VIGILANCIA
EPIDEMIOLÓGICA DE
LAS INFECCIONES
INTRAHOSPITALARIAS
*pág. 2-6*2. DAÑOS DE
NOTIFICACIÓN
OBLIGATORIA
*pág. 7 - 10*3. VIGILANCIA
EPIDEMIOLÓGICA DE
ACCIDENTES
OCUPACIONALES
*pág. 10 - 13*4. VIGILANCIA
EPIDEMIOLÓGICA DE
MUERTE FETAL Y
NEONATAL
*pág. 13 - 15*5. VIGILANCIA DE
RESIDUOS SÓLIDOS
*pág. 15*ACTUALIDAD EN
EPIDEMIOLOGÍA
pág. 16 -20

EDITORIAL

SITUACIÓN DE LA INFLUENZA EN LA REGION DE LAS AMERICAS

A continuación, se presenta un resumen de la situación de influenza por subregiones (listadas por orden alfabético). Información más detallada sobre la situación de influenza y otros virus respiratorios se puede obtener en la Actualización Regional de influenza, que se publica semanalmente en la página web de la OPS/OMS, disponible en: <http://www.paho.org/reportesinfluenza>.

En la **subregión de América Central**, tanto Costa Rica como Guatemala notificaron casos de influenza en los primeros meses de 2018. En Costa Rica la transmisión que se había iniciado a finales de 2017 continuó durante 2018 aunque con una tendencia decreciente a partir de la semana epidemiológica (SE) 4 de 2018, el virus predominante fue influenza A(H3N2). En Guatemala, el porcentaje de positividad se incrementó a partir de la SE 9 de 2018, con circulación concomitante de influenza A(H1N1)pdm09 e influenza A(H3N2). La tasa de hospitalizaciones por influenza registradas en ambos países fue similar a lo reportado en años anteriores.

En la **subregión de América del Norte**, tanto en Canadá como los Estados Unidos de América se observó un inicio temprano y un rápido incremento de la actividad de influenza 2017/18. En ambos países la temporada de influenza fue considerada severa, en base a la tasa de hospitalizaciones y defunciones. El virus predominante fue influenza A(H3N2) con circulación temprana de influenza B. En los Estados Unidos se observó una alta tasa de hospitalización que excedió lo registrado en la temporada 2014/15, que también había sido considerada severa. En México, si bien la temporada se inició tempranamente, la tasa de hospitalización registrada no fue alta en comparación con lo observado en temporadas anteriores y la actividad disminuyó antes de lo previsto.

En la **subregión Andina**, a principios de 2018 se observó en Ecuador un inicio temprano y una intensa circulación de influenza, principalmente de influenza A(H1N1)pdm09. Adicionalmente, se registró un incremento en el número de hospitalizaciones respecto a años anteriores. En Perú, durante las tres primeras semanas de 2018 se observó circulación tanto de influenza A(H1N1)pdm09, influenza A(H3N2) e influenza B. Recientemente, Bolivia, registró un aumento en la detección de casos de influenza en el departamento de Santa Cruz, aunque el número de hospitalizaciones es similar a lo reportado en 2017.

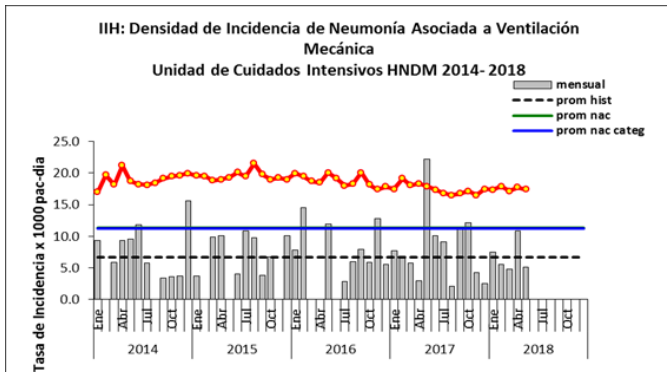
En la **subregión del Caribe**, Jamaica, Guayana Francesa y la República Dominicana, se notificaron predominantemente casos de influenza A(H1N1)pdm09 e influenza B, durante los primeros meses de 2018. El número de hospitalizaciones reportado por Jamaica fue similar al registrado en años anteriores. Sin embargo, no se cuenta con dicha información para los demás países/territorios de esta subregión.

En la **subregión del Cono Sur**, en el primer trimestre de 2018 la actividad de influenza se mantuvo baja con predominio de influenza B y de influenza A(H3N2). Este comportamiento se mantuvo hasta la SE 14 de 2018.

Referencia: OPS/OMS; Informe de situación de Influenza; disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&view=article&id=3352&Itemid=2469&to=2246&lang=es

1. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS.

GRÁFICO N° 1.1: DENSIDAD DE INCIDENCIA DE NEUMONIA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA

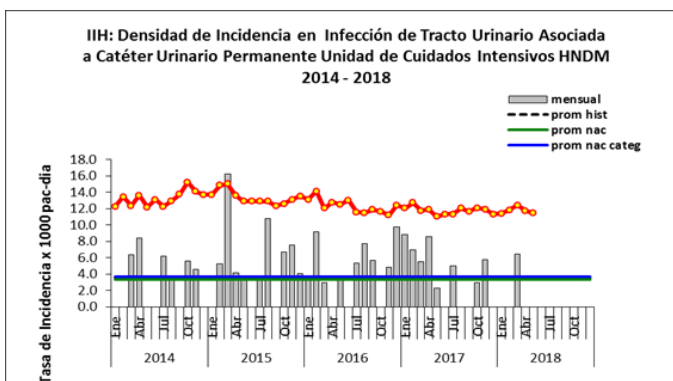


Fuente: Base de datos del VEA-HNMD

La tendencia de las Neumonías Asociadas a Ventilación Mecánica en la Unidad de Cuidados Intensivos durante el año 2017, se han mantenido por debajo del Promedio Nacional por Categoría, con excepción de los meses de mayo y octubre. Durante el mes de mayo del 2018, se han registrado dos casos de Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica que representa una Tasa de Densidad de Incidencia de 5.10 x 1000 días VM; es importante resaltar que se mantuvieron durante el mes 52 pacientes sometidos a V.M., con 392 días de exposición.

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

GRÁFICO N° 1.2: DENSIDAD DE INCIDENCIA EN ITU ASOCIADA A CATÉTER URINARIO

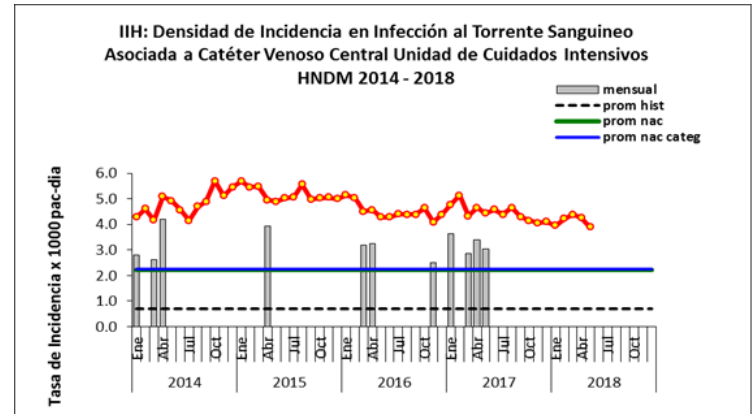


Fuente: Base de datos del VEA-HNMD

En la Unidad de Cuidados Intensivos durante el mes de mayo del año 2018, no hubo casos de Infección Urinaria Asociada a Catéter Urinario Permanente. En este mes se identificaron 58 pacientes vigilados con 393 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: DENSIDAD DE INCIDENCIA EN INFECCIÓN AL TORRENTE SANGUÍNEO ASOCIADO A CVC

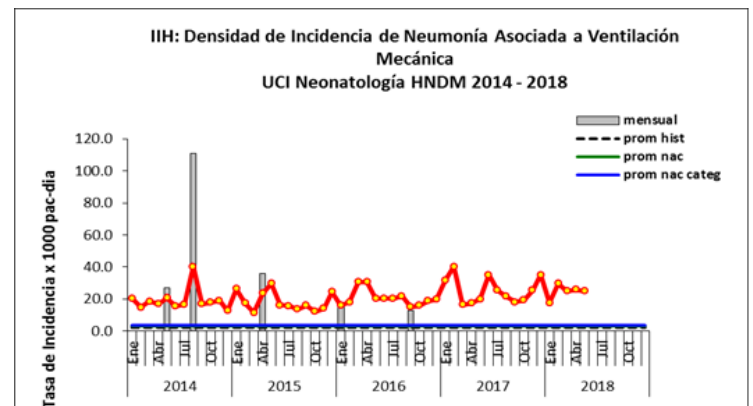


Fuente: Base de datos del VEA-HNMD

En relación a la Infección del Torrente Sanguíneo Asociado a Catéter Venoso Central en la Unidad de Cuidados Intensivos no se presentaron casos durante el mes de mayo del 2018, se mantuvieron en vigilancia 70 pacientes con 450 días de exposición.

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

GRÁFICO N° 1.4: DENSIDAD DE INCIDENCIA DE NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA

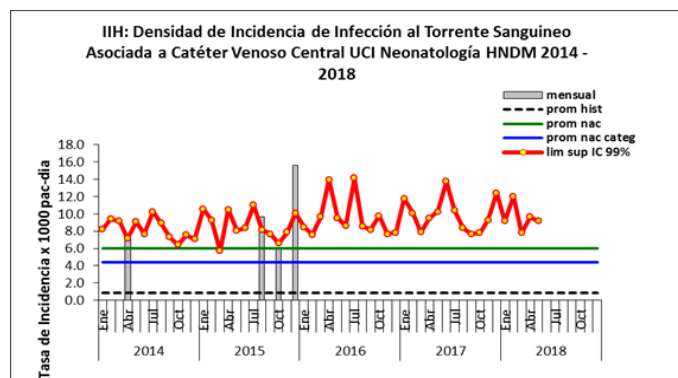


Fuente: Base de datos del VEA-HNMD

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 mayo del 2018, sin embargo se vigilaron 04 pacientes sometidos a 25 días de exposición.

La Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica es una complicación frecuente de la intubación y la consiguiente ventilación mecánica, esta enfermedad supone una pesada carga para el paciente y su familia, por esto es importante la prevención y un buen sistema de vigilancia de infecciones intrahospitalarias en el servicio por sí sola es una actividad que contribuye a la prevención.

GRÁFICO N° 1.5: DENSIDAD DE INCIDENCIA DE INFECCIÓN AL TORRENTE SANGUÍNEO ASOCIADO A CVC. NEONATOLOGÍA

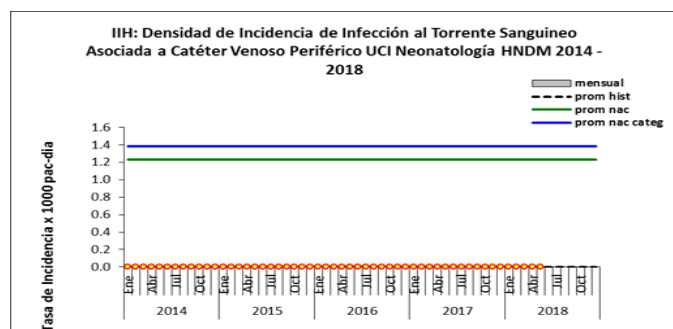


Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

En relación a las Infecciones de Torrente Sanguíneo Asociada a CVC en el servicio de UCI de neonatología, no se han reportado casos durante el mes de mayo del año 2018. Estuvieron sometidos a vigilancia epidemiológica 8 pacientes con 79 días de exposición.

El fortalecimiento de las medidas de bioseguridad son las acciones de mayor impacto, lo cual se debe continuar para mantener la reducción de éste tipo de infecciones.

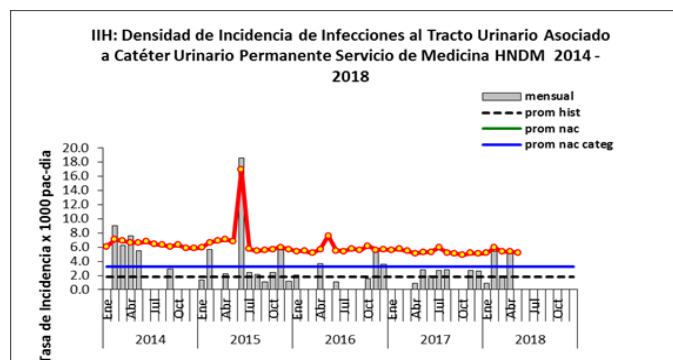
GRÁFICO N° 1.6: DENSIDAD DE INCIDENCIA DE INFECCIÓN AL TORRENTE SANGUÍNEO ASOCIADO A CVP. NEONATOLOGÍA



Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

En relación a las Infecciones de Torrente Sanguíneo Asociada a Catéter Venoso Periférico, en el mes de mayo del año 2018 no se presentaron casos en neonatos, se sometieron a vigilancia epidemiológica 37 pacientes con 96 días de exposición.

GRÁFICO N° 1.7: DENSIDAD DE INCIDENCIA DE ITU ASOCIADO A CATÉTER URINARIO. MEDICINA

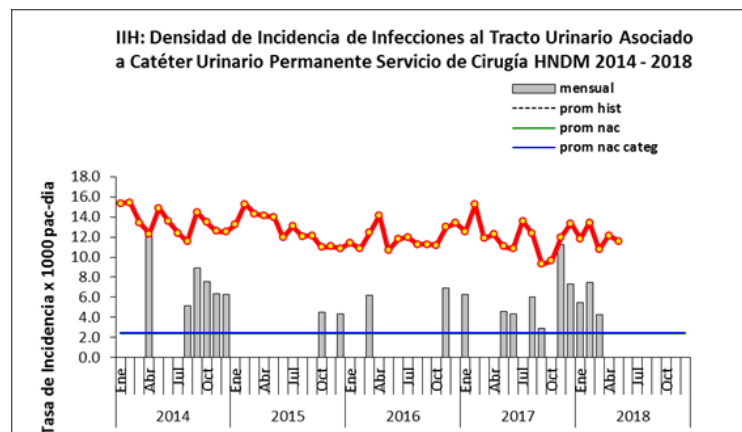


Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

Durante el mes de mayo del año 2018 en el Departamento de Medicina, no se han presentado casos de ITU asociada a CUP, se vigilaron 92 pacientes con 1089 días de exposición.

La estrategia Bundle, mediante la aplicación de las listas de cotejo se está desarrollando en los servicios de medicina.

GRÁFICO N° 1.8: DENSIDAD DE INCIDENCIA DE ITU ASOCIADO A CATÉTER URINARIO. CIRUGÍA

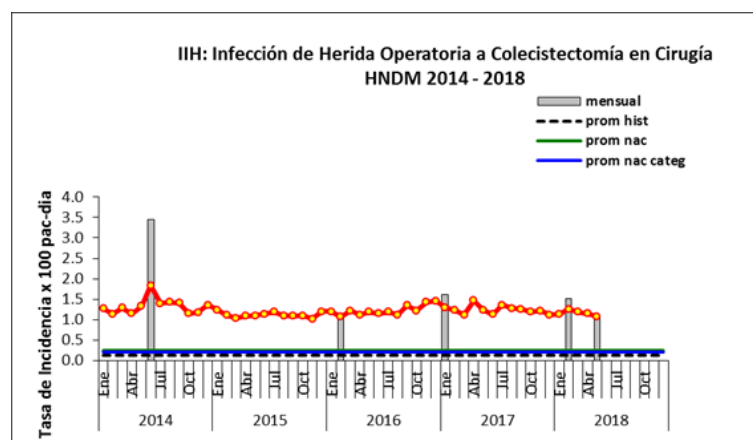


Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

En el Departamento de Cirugía durante el mes de mayo del año 2018 no se han reportado casos de ITU Asociada a CUP. Se han vigilado 42 pacientes con 193 días de exposición.

De todos modos se implementará la metodología Bundle, mediante la aplicación de las listas de cotejo como medida preventiva en los servicios de cirugía.

GRÁFICO N° 1.9: INFECCIÓN DE HERIDA OPERATORIA ASOCIADA A COLECISTECTOMIA. CIRUGÍA

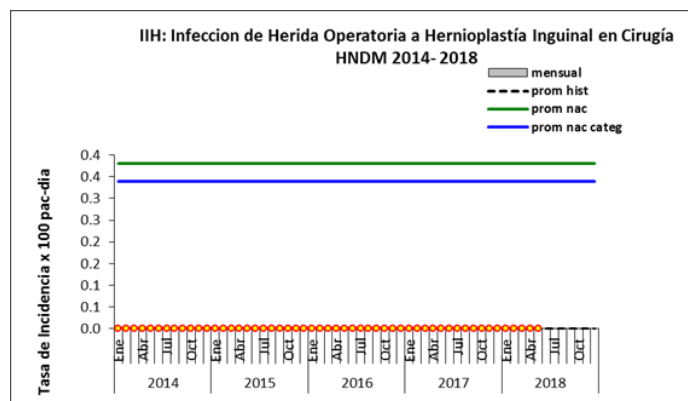


Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

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

En el presente gráfico observamos que durante el mes de mayo se reportó un caso de infección de Sitio Quirúrgico en Colecistectomía, lo que representa una tasa de incidencia de 1.05 x 100 intervenciones, se vigilaron 95 pacientes sometidos a Colecistectomía.

GRÁFICO N° 1.10: INFECCIÓN DE HERIDA OPERATORIA ASOCIADA A HERNIOPLASTÍA INGUINAL. CIRUGÍA

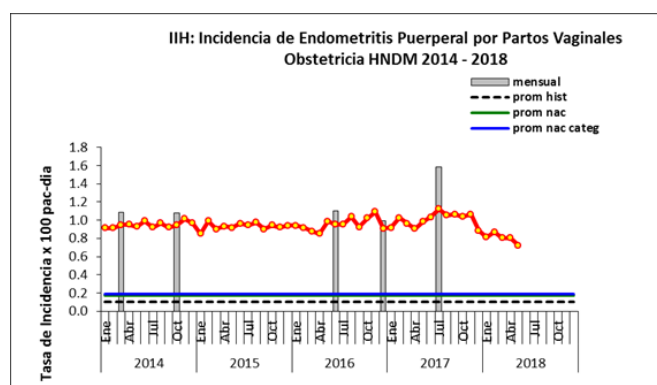


Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

En el presente gráfico observamos que no hay casos reportados de Infección de Sitio Quirúrgico asociado a Hernioplastía Inguinal desde el año 2014, inclusive hasta el mes de mayo del año 2018, se vigilaron 23 pacientes sometidos a hernioplastía.

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

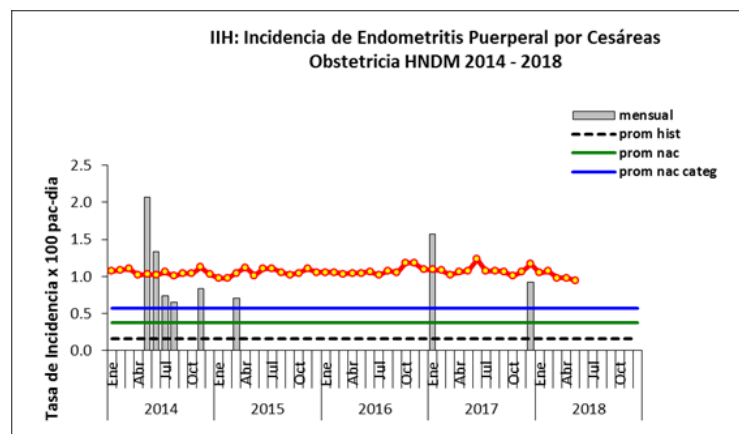
GRÁFICO N° 1.11: INCIDENCIA DE ENDOMETRITIS PUERPERAL POR PARTOS VAGINALES. OBSTETRICIA



Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

Durante el mes de mayo del año 2018 no se han presentado casos de Endometritis Puerperal por Parto Vaginal. El uso de técnica aséptica en todos los procedimientos relacionados con el seguimiento y atención del parto es uno de los factores importantes en la prevención de Endometritis Puerperal. El total de partos atendidos fueron 170.

GRÁFICO N° 1.12: INCIDENCIA DE ENDOMETRITIS PUERPERAL POR CESÁREA.

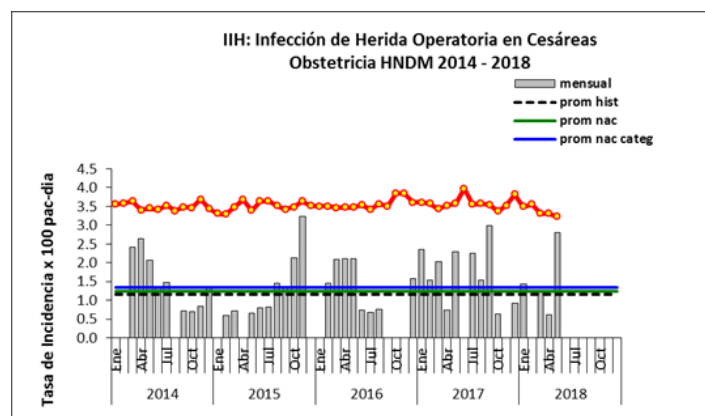


Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

En el mes de mayo del 2018 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 178 durante el mes de mayo.

GRÁFICO N° 1.13: INFECCIÓN DE HERIDA OPERATORIA EN CESÁREAS. OBSTETRICIA

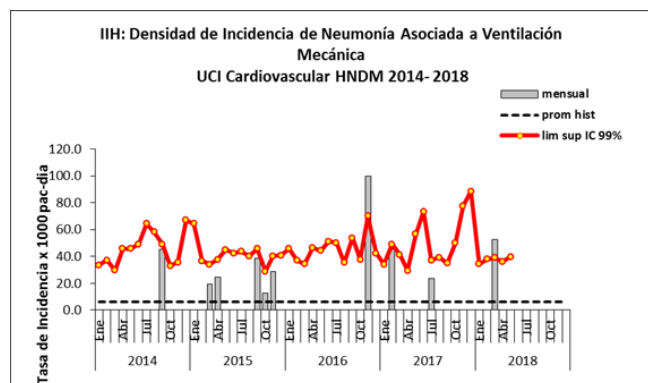


Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

En el gráfico podemos observar que durante el mes de mayo del 2018 se han reportado cinco casos de Infección de Sitio Quirúrgico en Cesárea, que representa una tasa de incidencia de 2.81 x 100 actividades, en relación al mes anterior se incrementó, sobrepasando el Promedio Histórico, Promedio Nacional y Promedio Nacional por categoría. Las Cesáreas realizadas fueron 178 durante el mes.

Es importante el cumplimiento de las acciones de prevención durante el peri operatorio a toda paciente que se realiza una cesárea. La vigilancia de las Infecciones de Sitio Quirúrgico es muy importante, ya que estudios de investigación han demostrado que la vigilancia por sí sola reduce la frecuencia de estas infecciones.

GRÁFICO Nº 1.14: DENSIDAD DE INCIDENCIA DE NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA. UCI CARDIOVASCULAR

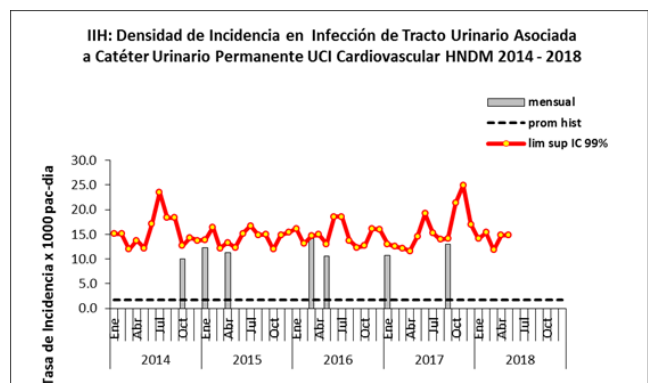


Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

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

Durante el mes de mayo del 2018, no se han registrado casos de Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica. Se vigilaron 04 pacientes con 36 días de exposición.

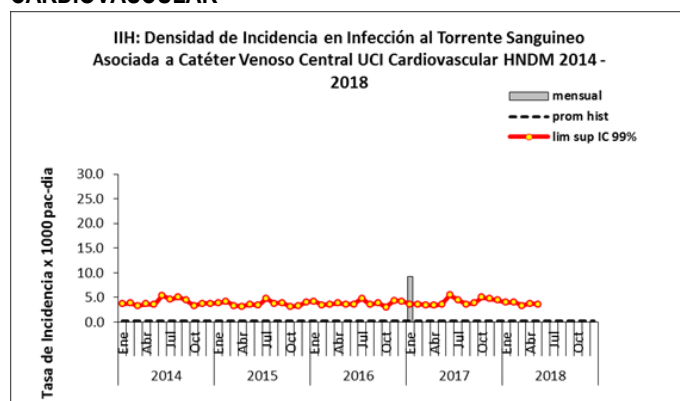
GRÁFICO Nº 1.15: DENSIDAD DE INCIDENCIA EN ITU ASOCIADO A CATÉTER URINARIO. UCI CARDIOVASCULAR



Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

Durante el mes de mayo del año 2018 en la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovascular no se han reportado casos de ITU Asociada a Catéter Urinario Permanente. Durante este mes se vigilaron 07 pacientes con 69 días de exposición.

GRÁFICO Nº 1.16: DENSIDAD DE INCIDENCIA EN INFECCIÓN AL TORRENTE SANGUÍNEO ASOCIADO A CVC. UCI CARDIOVASCULAR

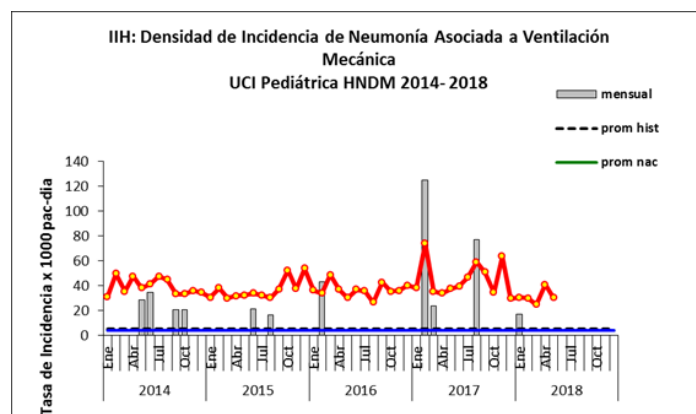


Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

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

Se vigilaron 12 pacientes con 107 días de exposición.

GRÁFICO Nº 1.17: DENSIDAD DE INCIDENCIA DE NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA. UCI PEDIÁTRICA

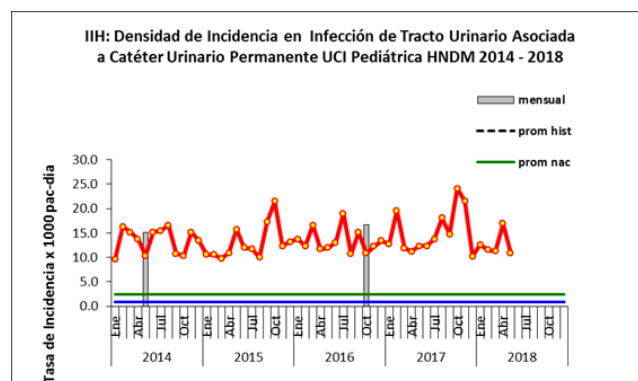


Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

En la Unidad de Cuidados Intensivos de Pediatría, durante el mes de mayo del año 2018, no se han presentado casos de Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica.

Durante este mes se vigilaron 06 pacientes en Ventilación Mecánica con 61 días de exposición.

GRÁFICO Nº 1.18: DENSIDAD DE INCIDENCIA DE ITU ASOCIADO A CATÉTER URINARIO. UCI PEDIATRÍA

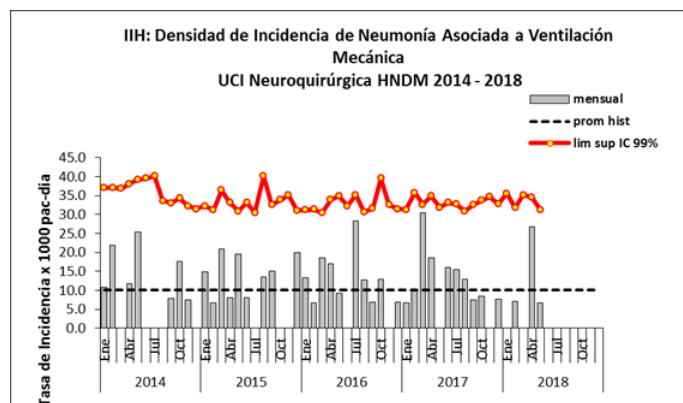


Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

Durante el mes de mayo del año 2018 en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica, no se han reportado casos de Infección Urinaria Asociada a Catéter Urinario Permanente. Se vigilaron 07 pacientes con 59 días de exposición.

En el servicio se está desarrollando la estrategia Bundle mediante la aplicación de las listas de cotejo, como medida preventiva de las Infecciones Urinarias Asociadas a Catéter Urinario.

GRÁFICO N° 1.19: DENSIDAD DE INCIDENCIA DE NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA. UCI NEUROCIURUGÍA

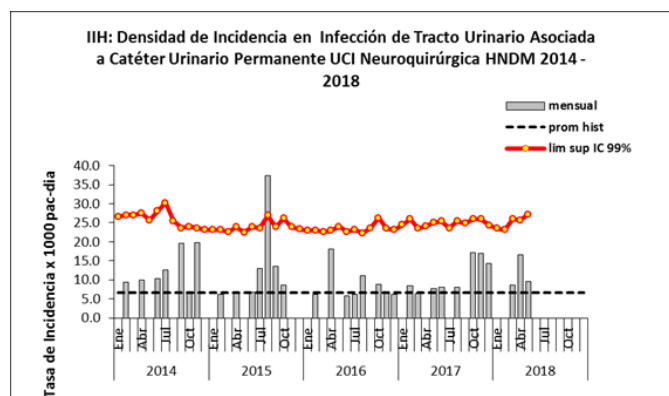


Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

La tendencia de las Tasas de Neumonías Asociadas a Ventilación Mecánica en UCI Neuroquirúrgica desde el año 2014 es mantenerse por encima del promedio histórico como ha sucedido en los meses anteriores. Durante el mes de mayo del año 2018 se registró un caso de Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica, que representa una tasa de densidad de incidencia de 6.76 x 1000 días/VM.

Se vigilaron 16 pacientes con 148 días de exposición, en el servicio se continúa aplicando la metodología Bundle como medida de prevención.

GRÁFICO N° 1.20: DENSIDAD DE INCIDENCIA DE ITU ASOCIADO A CATÉTER URINARIO. UCI NEUROCIURUGÍA

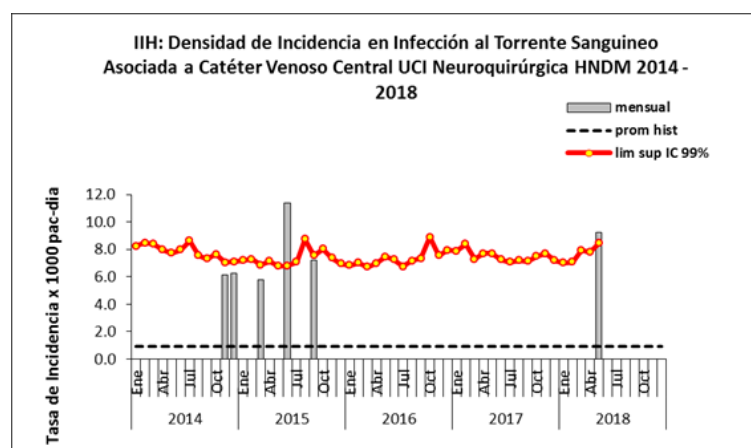


Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

Durante el mes de mayo del año 2018, en la Unidad de Cuidados Intensivos Neuroquirúrgica se reportó un caso de Infección Urinaria Asociada a Catéter, que representa una tasa de densidad de incidencia de 9.62 x 1000 d/cat. En el mes se vigilaron 14 pacientes con 104 días de exposición.

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

GRÁFICO N° 1.21: DENSIDAD DE INCIDENCIA DE INFECCIÓN AL TORRENTE SANGUÍNEO ASOCIADO A CVC. UCI NEUROQUIRURGÍA



Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

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

Durante el mes de mayo del año 2018 se reportó un caso de infección de torrente sanguíneo asociado a catéter venoso central y representa una tasa de densidad de incidencia de 9.26 x 1000 días/cat. En el mes se vigilaron 17 pacientes con 108 días de exposición.

2. DAÑOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA DE MAYO DEL 2018

TABLA N° 2.1 DISTRIBUCIÓN DE CASOS SEGÚN SEXO

SEXO	Nº	%
Femenino	24	57%
Masculino	18	43%
Total general	42	100%

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Del total de daños notificados en el mes de mayo del año 2018, el 57% pertenece al género femenino y el 43% restante al masculino.

TABLA N° 2.2: DISTRIBUCIÓN DE CASOS SEGÚN GRUPO ETARIO

GRUPO ETARIO	Nº	%
Menores 1 año	0	0%
1-9 años	5	12%
10-19 años	1	2%
20-64 años	35	83%
65 a más	1	2%
Total general	42	100%

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Se reportaron un total de 42 daños de notificación obligatoria durante Mayo 2018, de los cuales el 83% corresponde al grupo etario de 20 a 64 años, seguido del 12% de 1 a 9 años.

TABLA N° 2.3: DISTRIBUCIÓN DE CASOS SEGÚN DAÑO DE NOTIFICACIÓN

DAÑO	Nº	%
Hepatitis B	13	31%
Síndrome de Guillain-Barré	11	26%
Influenza	5	12%
Dengue Sin Señales De Alarma	3	7%
Leptospirosis	3	7%
Fiebre amarilla selvática	1	2%
Varicela con otras complicaciones	1	2%
Parálisis Flácida Aguda	1	2%
Bartonelosis aguda	1	2%
Fiebre de Chikungunya	1	2%
Muerte materna indirecta	1	2%
Muerte materna directa	1	2%
Total general	42	100%

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Del total de daños notificados, el 31% corresponde a Hepatitis B (13) casos, seguidos del Síndrome de Guillain Barre con un 26% (11) casos; e Influenza con (5) casos, que representan el 12%.

TABLA N° 2.4: DISTRIBUCIÓN DE CASOS SEGÚN LUGAR PROBABLE DE ADQUISICIÓN DE LA INFECCIÓN

LUGAR PROBABLE	Nº	%
LIMA	20	48%
JUNIN	5	12%
LORETO	4	10%
TUMBES	3	7%
HUANUACO	2	5%
CAJAMARCA	2	5%
PUNO	1	2%
UCAYALI	1	2%
CALLAO	1	2%
AMAZONAS	1	2%
AYACUCHO	1	2%
ANCASH	1	2%
Total general	42	100%

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Del total de casos presentados durante el mes de Mayo observamos que el 48% de los casos proceden de Lima, ya que es la ciudad con mayor concentración de población del país; seguido de Junin con un (12%) y Loreto con un (10%).

TABLA N° 2.5: DISTRIBUCIÓN DE CASOS SEGÚN TIPO DE DIAGNÓSTICO

TIPO DE DIAGNÓSTICO	Nº	%
Confirmado	30	71%
Descartado	5	12%
Probable	7	17%
Total general	42	100%

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

El 71%(30) de los casos fueron confirmados, descartándose un 12% (5), quedando (7) 17% casos, por estar resultado pendiente.

TABLA N° 2.6: CASOS CONFIRMADOS DE DAÑOS DE NOTIFICACIÓN

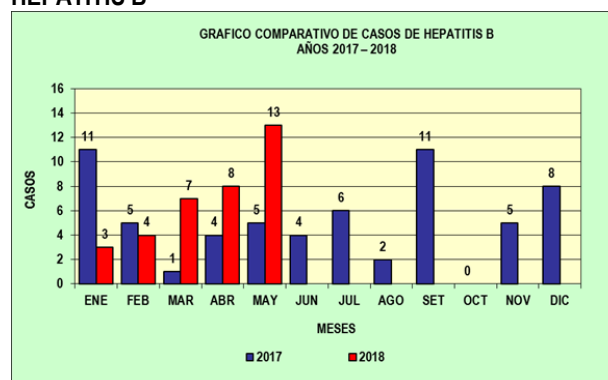
DAÑO	Nº	%
Hepatitis B	13	43%
Síndrome de Guillain-Barré	11	37%
Varicela con otras complicaciones	1	3%
Muerte materna indirecta	1	3%
Dengue Sin Señales De Alarma	1	3%
Leptospirosis	1	3%
Muerte materna directa	1	3%
Influenza	1	3%
Total general	16	100%

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Del total de casos confirmados durante el mes de Mayo 2018, el 43% (13) casos corresponden a Hepatitis B. Los casos de Síndrome de Guillain Barre corresponden al 37% (11) casos, los cuales fueron confirmados con criterio clínico epidemiológico.

Actualmente nos encontramos en Alerta Epidemiológica de Síndrome de Guillain Barre debido al incremento inusual de casos.

GRÁFICO 2.1: GRÁFICO COMPARATIVO DE CASOS DE HEPATITIS B



Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Observamos que los casos de Hepatitis "B" durante el mes de Mayo del presente año se han incrementado de manera significativa en relación al año anterior; y en comparación de los meses anteriores de dicho año 2017 y en relación a los meses de Enero, Febrero, Marzo y Abril del presente año 2018.

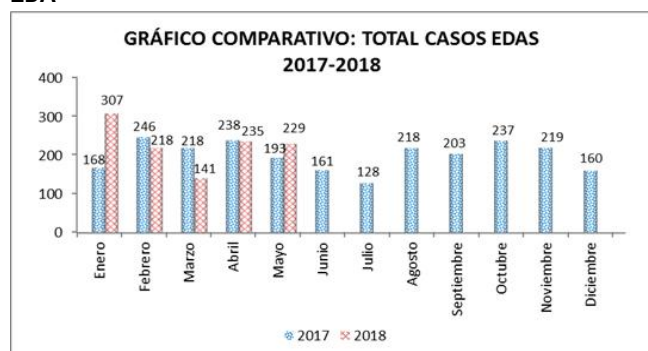
TABLA N° 2.7: ATENCIONES DE DIARREA ACUOSA AGUDA SEGÚN GRUPO ETARIO Y DISTRITO DE PROCEDENCIA

DISTRITO	Nº DE CASOS			Total
	< 1 a	1-4 a	5 a+	
LIMA	21	44	79	144
LA VICTORIA	12	25	14	51
EL AGUSTINO	3	2	2	7
SAN JUAN DE LURIGANCHO	0	6	1	7
VILLA EL SALVADOR	0	0	7	7
SAN LUIS	0	1	4	5
ATE	1	1	0	2
TRANSITO	0	0	1	1
JESUS MARIA	0	0	1	1
COMAS	0	0	1	1
SAN JUAN DE MIRAFLORES	0	0	1	1
PUENTE PIEDRA	0	1	0	1
LURIGANCHO	0	0	1	1
Total general	37	80	112	229

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Se notificaron un total de 229 episodios de Diarrea Acuosa Aguda, siendo el grupo etario más afectado de 5 años a más, siendo de los distritos de Lima y La Victoria los de mayor procedencia por ser más accesibles y aledaños a la institución.

GRÁFICO N° 2.2: GRÁFICO COMPARATIVO TOTAL DE CASOS EDA



Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

En relación al año anterior las atenciones de EDA se incrementaron en el mes de Enero 2018 de manera contundente, observándose que en los meses posteriores de Febrero, Marzo y Abril los episodios disminuyeron, y notándose un incremento durante este mes de Mayo.

TABLA N° 2.8. CUADRO COMPARATIVO: TOTAL DE CASOS DE EDA POR GRUPO ETARIO

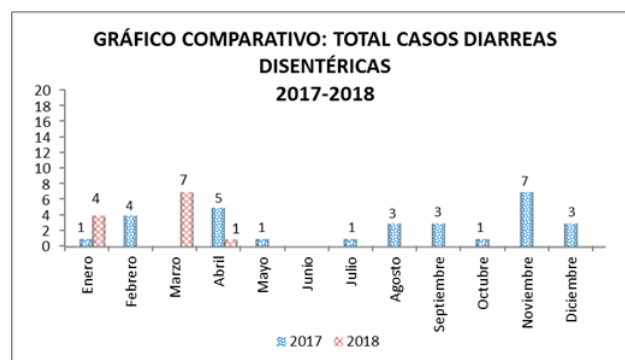
Mes	< 1 año		1-4 años		5 años a +	
	2017	2018	2017	2018	2017	2018
Enero	14	57	58	105	96	145
Febrero	47	27	87	72	112	122
Marzo	38	39	60	47	120	55
Abril	31	48	70	83	137	104
Mayo	34	37	43	80	116	112
Junio	32		45		84	
Julio	26		42		60	
Agosto	47		94		77	
Septiembre	22		70		111	
Octubre	14		108		115	
Noviembre	32		91		96	
Diciembre	22		67		71	

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Comparando las atenciones de EDAS de Mayo 2018 en relación al año 2017, se observa un incremento durante este mes; presentando una tendencia de ligero incremento y comportamiento estacional en los meses de verano.

En este mes de Mayo 2018, Los episodios de EDAS se han presentado mayormente en el grupo etario de 5 años a más, seguido de los niños de 1 a 4 años.

GRÁFICO N° 2.3: GRÁFICO COMPARATIVO TOTAL DE EDA DISENTÉRICA



Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Respecto a las EDAS Disintéricas, observamos que durante el mes de Mayo del presente año 2018, no se presentó ningún caso en relación al año anterior. En el mes de Mayo 2017 se notificó 1 caso de ésta infección.

TABLA N° 2.9. CUADRO COMPARATIVO TOTAL DE ATENCIONES POR DIARREA DISENTÉRICA POR GRUPO ETARIO

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

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Respecto a las EDAS Disintéricas, observamos un ligero incremento en el presente año 2018, en relación al año anterior. En el mes de Mayo 2018 no se notificó ningún caso de ésta infección.

TABLA 2.10. ATENCIONES DE INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA SEGÚN GRUPO ETARIO Y DISTRITO DE PROCEDENCIA

DISTRITO	Nº DE CASOS			Total
	< 2 m	2-11 m	1-4 a	
LIMA	14	59	224	297
LA VICTORIA	5	32	107	144
SAN JUAN DE LURIGANCHO	2	5	12	19
EL AGUSTINO	1	8	9	18
SAN LUIS	0	0	9	9
SURQUILLO	0	1	4	5
SAN BORJA	0	2	1	3
COMAS	0	0	1	1
CARABAYLLO	0	0	1	1
BREÑA	0	0	1	1
SANTIAGO DE SURCO	0	0	1	1
PACHACAMAC	0	0	1	1
TRANSITO	0	0	1	1
VILLA EL SALVADOR	0	0	1	1
ATE	0	0	1	1
MAGDALENA VIEJA	0	0	1	1
Total general	22	107	375	504

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Durante el mes de Mayo 2018, se atendieron un total de 504 episodios de IRAS; correspondiendo el mayor número de atenciones al grupo etario de 1 a 4 años de edad con una cantidad de 375 casos, lo que corresponde (74.4%) del total de casos durante el mes siendo Lima y La Victoria los distritos de mayor procedencia.

TABLA Nº2.11 CASOS DE SOBA/ASMA SEGÚN GRUPO ETARIO Y DISTRITO DE PROCEDENCIA

DISTRITO	Nº DE CASOS		Total
	< 2 a	2-4 a	
LIMA	71	37	108
LA VICTORIA	36	14	50
SAN JUAN DE LURIGANCHO	5	5	10
SAN LUIS	2	1	3
SANTA ANITA	2	0	2
EL AGUSTINO	1	1	2
SAN BORJA	1	1	2
ATE	2	0	2
RIMAC	0	1	1
SAN MARTIN DE PORRES	0	1	1
CHORRILLOS	0	1	1
PUENTE PIEDRA	1	0	1
Total general	121	62	183

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Se atendieron un total de 183 episodios de SOBA/Asma; siendo los menores de 2 años los más afectados con 121 casos, correspondiendo a los distritos de Lima y La Victoria la mayor procedencia de casos.

TABLA 2.12: CASOS DE NEUMONÍA SEGÚN GRUPO ETARIO Y DISTRITO DE PROCEDENCIA

DISTRITO	Nº DE CASOS						Total
	< 2-11 m	1-4 a	5-9 a	10-19 a	20-59 a	60 a +	
LIMA	0	6	4	0	1	2	13
LA VICTORIA	0	2	3	0	1	0	6
TRANSITO	0	0	0	0	0	2	2
SAN LUIS	0	0	0	0	1	0	1
EL AGUSTINO	0	0	0	0	0	1	1
SAN JUAN DE LURIGANCHO	0	0	1	0	0	0	1
Total general	0	8	8	0	3	5	24

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

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

TABLA 2.13: CASOS HOSPITALIZADOS POR NEUMONÍA GRAVE + ENFERMEDAD MUY GRAVE SEGÚN GRUPO ETARIO Y DISTRITO DE PROCEDENCIA

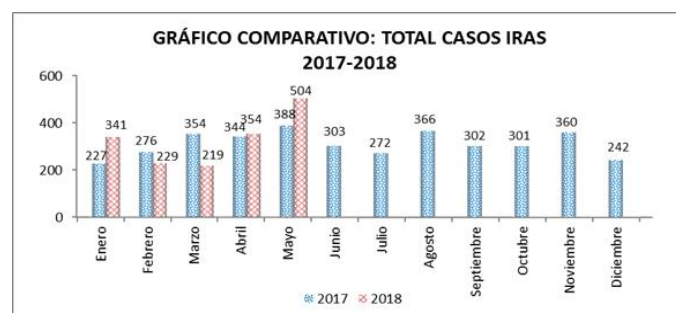
DISTRITO	Nº DE CASOS			Total
	< 2 m	< 2-11 m	1-4 a	
LIMA	6	11	5	22
LA VICTORIA	2	7	5	14
SAN JUAN DE LURIGANCHO	0	2	3	5
EL AGUSTINO	1	3	1	5
PUENTE PIEDRA	0	2	0	2
SANTA ANITA	0	0	1	1
COMAS	0	0	1	1
TRANSITO	0	0	1	1
ATE	0	0	1	1
SAN LUIS	1	0	0	1
Total general	10	25	18	53

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

* NG + EMG = NEUMONÍA GRAVE + ENFERMEDAD MUY GRAVE

Durante el mes de Mayo 2018 se hospitalizaron un total de 53 pacientes por Neumonía Grave; correspondiendo el mayor número de casos al grupo etario de 2 a 11 meses de edad. Lima fue el distrito de mayor procedencia.

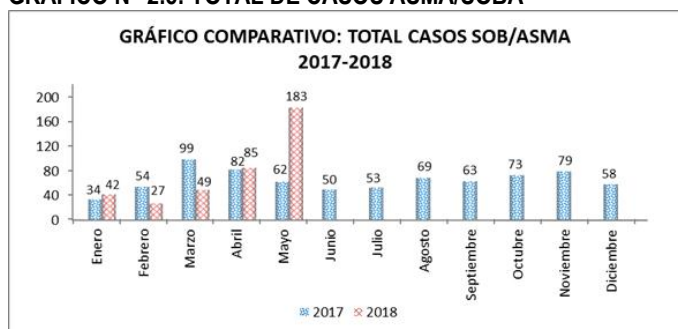
GRÁFICO 2.4: GRÁFICO COMPARATIVO TOTAL DE CASOS IRA



Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

En relación al año 2017 las atenciones de IRAS se incrementaron notablemente en el mes de Enero 2018, observándose que en los meses posteriores de Febrero y Marzo presentaron una disminución, en Abril evidenciamos un leve incremento mientras que en el mes de Mayo los episodios incrementaron de manera muy considerable.

GRÁFICO N° 2.5: TOTAL DE CASOS ASMA/SOBA



Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

En relación al año 2017 los casos de SOB/ASMA, a presentado un leve incremento durante el mes de Enero 2018, observándose que en los meses posteriores de Febrero y Marzo presentaron una disminución, en Abril evidenciamos un leve incremento mientras que en el mes de Mayo los episodios incrementaron de manera muy considerable.

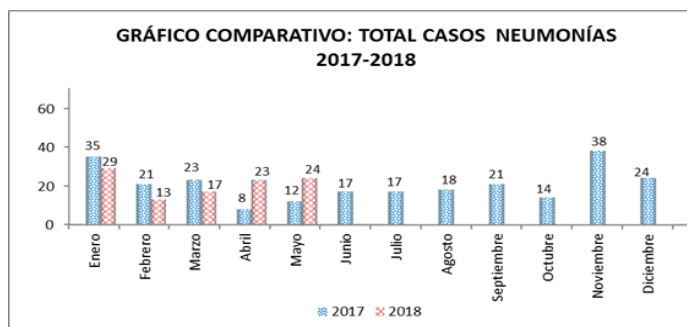
TABLA N° 2.14: CUADRO COMPARATIVO TOTAL CASOS SOBA/ASMA POR GRUPO ETARIO

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

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

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

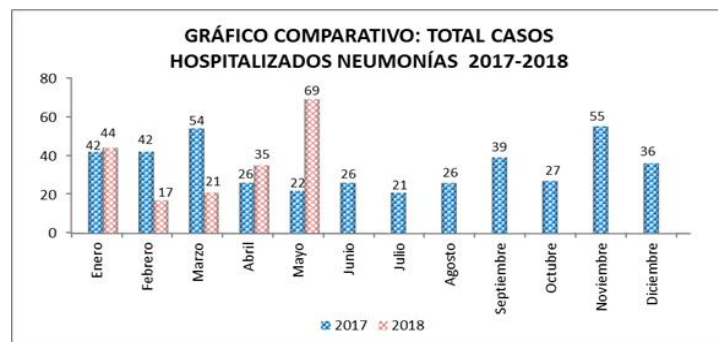
GRÁFICO 2.6: GRÁFICO COMPARATIVO TOTAL DE CASOS NEUMONÍAS



Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

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

GRÁFICO 2.7: TOTAL DE CASOS HOSPITALIZADOS POR NEUMONÍAS

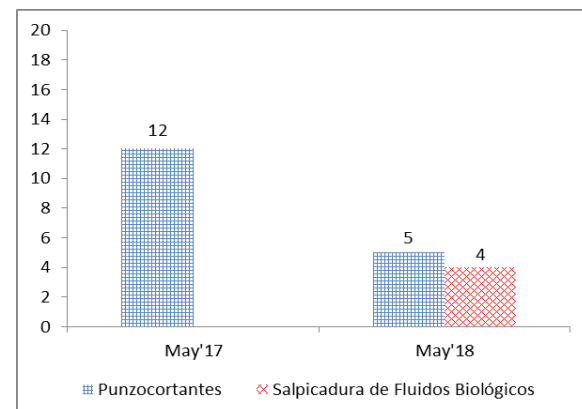
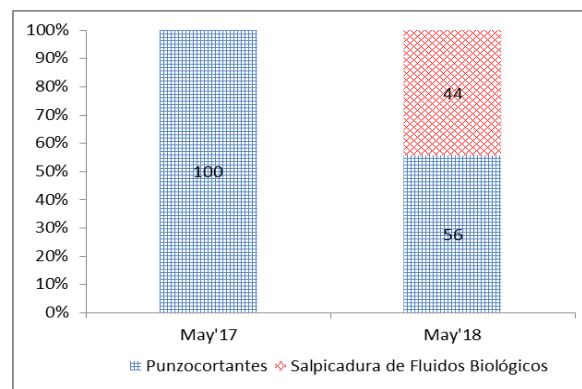


Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

En relación al año 2017 los casos de hospitalizados con Neumonías se incrementaron ligeramente durante el mes de Enero 2018, observándose que en los meses posteriores de Febrero y Marzo presentaron una disminución notable, en Abril evidenciamos un incremento mientras que en el mes de Mayo los episodios incrementaron de manera muy considerable.

3. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE ACCIDENTES OCUPACIONALES.

GRÁFICO N° 3.1: COMPARATIVO ACCIDENTES LABORALES POR EXPOSICIÓN A FLUIDOS BIOLÓGICOS Y/O OBJETOS PUNZOCORTANTES POR GRUPO OCUPACIONAL



Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales – HNDM

En Mayo del 2018 se notificaron 09 casos de Accidentes Laborales por exposición a Fluidos biológicos y/o Objetos punzocortantes (100%), se aprecia que la mayor ocurrencia de Accidentes laborales fue por

exposición a objetos punzocortantes con 05 casos (56%), seguido de exposición a Fluidos biológicos – Salpicaduras con 04 casos (44%).

TABLA N° 3.1: ACCIDENTES LABORALES POR EXPOSICION A FLUIDOS CORPORALES Y/O OBJETOS PUNZOCORTANTES SEGÚN GRUPO OCUPACIONAL

Grupo Ocupacional	Salpicadura		Punzo cortantes		TOTAL MES		N° ACUM. A MAY	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Interno de Medicina	1	25	2	40	3	33	21	36
Médico Residente	1	25	1	20	2	22	11	19
Interno de Enfermería	0	0	1	20	1	11	5	9
Técnico de Enfermería	0	0	0	0	0	0	4	7
Médico Asistente	0	0	0	0	0	0	4	7
Enfermera	0	0	1	20	1	11	3	5
Técnico de Laboratorio	0	0	0	0	0	0	2	3
Auxiliar de Nutrición	2	50	0	0	2	22	2	3
Estudiante de Técnico de Enfermería	0	0	0	0	0	0	2	3
Estudiante de Medicina	0	0	0	0	0	0	1	2
Personal Limpieza	0	0	0	0	0	0	1	2
Tecnólogo Médico	0	0	0	0	0	0	1	2
Interno de Odontología	0	0	0	0	0	0	1	2
Total	4	100	5	100	9	100	58	100

Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales - HNDM

Durante Mayo 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/u Objetos Punzocortantes (66%), siendo los Internos de Medicina (33%) los que presentan el mayor número de casos, seguido de los Médicos residentes y/o Auxiliar de nutrición (22%) respectivamente.

TABLA N° 3.2: ACCIDENTES LABORALES POR EXPOSICION A FLUIDOS CORPORALES Y/O OBJETOS PUNZOCORTANTES SEGÚN SEXO

Sexo	Salpicadura		Punzo cortantes		Total Mes		N° ACUM. A MAY.	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Masculino	3	75	2	40	5	56	22	38
Femenino	1	25	3	60	4	44	36	62
Total	4	100	5	100	9	100	58	100

Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales - HNDM

En Mayo del presente año se observa que la ocurrencia de casos de accidentes laborales por exposición a Fluidos Biológicos y/u objetos punzocortantes se ha presentado en personal de salud de sexo Masculino (56%), seguido del sexo Femenino (44%).

TABLA N° 3.3: ACCIDENTES LABORALES POR EXPOSICION A FLUIDOS CORPORALES Y/O OBJETOS PUNZOCORTANTES SEGÚN SERVICIO DE OCURENCIA

Servicio donde ocurre el accidente	Salpicadura		Punzo cortantes		Total Mes		N° ACUM. A MAY.	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Emergencia Adultos	0	0	4	80	4	44	23	40
UCI General	0	0	1	20	1	11	4	7
SOP Emergencia	1	25	0	0	1	11	3	5
SOP Central	0	0	0	0	0	0	3	5
Santo Toribio	0	0	0	0	0	0	3	5
Centro Obstétrico	0	0	0	0	0	0	2	3
El Carmen	0	0	0	0	0	0	2	3
Obstetricia H-2	0	0	0	0	0	0	2	3
Cirugía H-4	0	0	0	0	0	0	2	3
Oncología Ginecológica	0	0	0	0	0	0	2	3
Nutrición	2	50	0	0	2	22	2	3

Patología Clínica y Anatomía Patológica	0	0	0	0	0	0	1	2
Santa Rosa II	0	0	0	0	0	0	1	2
Santa Ana	0	0	0	0	0	0	1	2
Urología I-1	0	0	0	0	0	0	1	2
Cirugía I-3	0	0	0	0	0	0	1	2
San Pedro	0	0	0	0	0	0	1	2
Cirugía I-4	0	0	0	0	0	0	1	2
Centro Endoscópico	1	25	0	0	1	11	1	2
Emergencia Pediátrica	0	0	0	0	0	0	1	2
Julián Arce	0	0	0	0	0	0	1	2
Total	4	100	5	100	9	100	58	100

Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales - HNDM

Se observa que el servicio donde labora el trabajador más expuesto ha sido Emergencia adulto (44%), seguido de Nutrición (22%).

TABLA N° 3.4: CIRCUNSTANCIAS ASOCIADAS A LOS ACCIDENTES LABORALES POR EXPOSICION A FLUIDOS CORPORALES Y/O OBJETOS PUNZOCORTANTES

Circunstancias asociadas a los accidentes	Salpicadura		Punzo cortantes		Total Mes		N° ACUM. A MAY.	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Durante procedimiento de sutura	0	0	0	0	0	0	10	17
Durante un procedimiento (adm. Tto., inserción cvp, cvc, etc.)	0	0	1	20	1	11	7	12
Durante procedimiento Quirúrgico	2	50	0	0	2	22	6	10
Después de uso de material, antes de descartarlo	0	0	1	20	1	11	5	9
Durante procedimiento de toma de muestra de AGA	0	0	2	40	2	22	5	9
Durante procedimiento de toma de muestra de Hemogluco test	0	0	0	0	0	0	5	9
Al re encapsular una aguja usada	0	0	1	20	1	11	4	7
Durante segregación de residuos hospitalarios	0	0	0	0	0	0	3	5
Durante el uso del material	0	0	0	0	0	0	2	3
Durante procedimiento de aspiración de secreciones	0	0	0	0	0	0	2	3
Material fue dejado en lugar inadecuado	0	0	0	0	0	0	2	3
Después de uso de material, después de descartarlo	0	0	0	0	0	0	1	2
Durante toma de muestra	0	0	0	0	0	0	1	2
Al finalizar el procedimiento (recojo de material, catéter EV, IM, SC, CVC, Epidural, etc.)	0	0	0	0	0	0	1	2
Durante procedimiento de uso de bisturí	0	0	0	0	0	0	1	2
Durante procedimiento de infiltración de anestesia	0	0	0	0	0	0	1	2
Otros	2	50	0	0	2	22	2	3
Total	4	100	5	100	9	100	58	100

Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales - HNDM

Otro aspecto importante para el análisis son las circunstancias en las que se desarrolla el accidente por exposición a Fluidos Biológicos y/o exposición a objetos punzocortantes; apreciándose que las circunstancias estuvieron relacionados a los procedimientos de toma de muestra de gases arteriales AGA, durante procedimiento quirúrgico y/u otros (22%) respectivamente.

TABLA N° 3.5: TURNOS ASOCIADOS A LOS ACCIDENTES LABORALES POR EXPOSICION A FLUIDOS CORPORALES Y/O OBJETOS PUNZOCORTANTES

Turno en que sucedió el accidente	Salpicadura		Punzo cortantes		Total Mes		N° ACUM. A MAY.	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Mañana	1	25	3	60	4	44	28	48
Tarde	2	50	0	0	2	22	14	24

Noche	1	25	2	40	3	33	16	28
Total	4	100	5	100	9	100	58	100

Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales - HNDM

La información mostrada también se correlaciona con las actividades asistenciales dado que el mayor porcentaje de accidentes laborales por exposición a Fluidos biológicos y/o exposición a objetos punzocortantes se registraron durante los turnos matutinos (44%), seguido de los turnos nocturnos (33%).

TABLA N° 3.6: GRADO DE ACCIDENTE ASOCIADO A LOS ACCIDENTES LABORALES POR EXPOSICION A OBJETOS PUNZOCORTANTES

Grado de accidente	Punzocortantes		N° ACUM. A MAY.	
	N°	%	N°	%
Superficial	4	80	36	82
Moderado	1	20	8	18
Total	5	100	44	100

Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales - HNDM

Superficial: Sin sangrado

Moderado: Perforación superficial, escaso sangrado

Grave: Perforación profunda, sangrado profuso

Las definiciones de severidad de accidentes están en relación al sangrado posterior al hecho, siendo superficial (sin sangrado 80%), moderado (con perforación superficial, escaso sangrado 20%).

TABLA N° 3.7: ESTADO DE VACUNA ASOCIADOS A LOS ACCIDENTES LABORALES POR EXPOSICION A FLUIDOS CORPORALES Y/O OBJETOS PUNZOCORTANTES

Estado de vacunación para VHB en el trabajador	Salpicadura		Punzo cortantes		Total Mes		N° ACUM. A MAY.	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Una dosis	0	0	0	0	0	0	7	12
Dos dosis	1	25	1	20	2	22	11	19
Tres dosis	2	50	4	80	7	78	39	67
Ninguna	1	25	0	0	1	11	1	2
Total	4	100	5	100	9	100	58	100

Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales - HNDM

En lo referente a la protección basada en la vacunación contra la Hepatitis B en Mayo del presente año, se observa que el 55% de los trabajadores de salud expuestos cuenta con las dosis completas de vacuna de Hepatitis B y el 27% de los trabajadores expuestos no cuenta con las dosis completas de vacuna de hepatitis B.

TABLA N° 3.8: TIPO DE DISPOSITIVO ASOCIADOS A LOS ACCIDENTES LABORALES POR EXPOSICION A OBJETOS PUNZOCORTANTES

Tipo de dispositivo que ocasionó el accidente laboral	Punzocortantes		N° ACUM. A MAY.	
	N°	%	N°	%
Aguja hueca	5	100	32	73
Quirúrgico	0	0	12	27
Total	5	100	44	100

Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales - HNDM

El 100% de los Accidentes laborales por exposición a objetos punzocortantes fueron ocasionados por aguja hueca.

TABLA N° 3.9: DISPOSITIVOS ESPECIFICOS ASOCIADOS A LOS ACCIDENTES LABORALES POR EXPOSICION A OBJETOS PUNZOCORTANTES

Especificar el dispositivo que se uso	Punzocortantes		N° ACUM. A MAY.	
	N°	%	N°	%
Agujas hipodérmicas solas	4	80	21	48
Aguja de sutura	1	20	8	18
Lanceta de punción de dedo o talón	0	0	5	11
Bisturí descartable	0	0	4	9
Alambre quirúrgico	0	0	2	5
Jeringa Descartable	0	0	1	2
Agujas de catéter EV	0	0	1	2
Otros	0	0	2	5
Total	5	100	44	100

Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales - HNDM

En Mayo del presente año, el dispositivo específico al que estuvieron relacionados los accidentes laborales por exposición a objetos punzocortantes fue por agujas hipodérmicas solas (80%), seguido de aguja de sutura (20%).

TABLA N° 3.10: ZONA DE LOCALIZACIÓN ASOCIADOS A LOS ACCIDENTES LABORALES POR EXPOSICION A OBJETOS PUNZOCORTANTES

Zona de Localización del Accidente	Punzocortantes		N° ACUM. A MAY.	
	N°	%	N°	%
Índice derecho, palma	0	0	8	18
Anular izquierdo, palma	2	40	6	14
Pulgar izquierdo, palma	1	20	5	11
Pulgar derecho, palma	0	0	5	11
Índice izquierdo, palma	1	20	4	9
Dedo medio izquierdo, palma	0	0	4	9
Anular derecho, palma	1	20	4	9
Dedo medio derecho, palma	0	0	3	7
Palma mano derecha	0	0	2	5
Dorso mano izquierda	0	0	1	2
Antebrazo izquierdo	0	0	1	2
Muslo, pierna derecha	0	0	1	2
Total	5	100	44	100

Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales - HNDM

El 40% de los Accidentes por exposición a objetos punzocortantes según localización de la lesión se presentó en dedo anular izquierdo, palma.

TABLA N° 3.11: ZONA DE LOCALIZACIÓN ASOCIADOS A LOS ACCIDENTES LABORALES POR EXPOSICION A FLUIDOS CORPORALES

Zona de Localización del Accidente	Salpicadura		N° ACUM. A MAY.	
	N°	%	N°	%
Cara, ojo derecho	0	0	5	36
Cara, ojo izquierdo	2	50	4	29
Índice izquierdo, palma	1	25	1	7
Meñique derecho, palma	1	25	1	7
Ambos ojos	0	0	1	7
Índice derecho, dorso	0	0	1	7

Pulgar derecho, palma	0	0	1	7
Total	4	100	14	100

Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales - HNDM

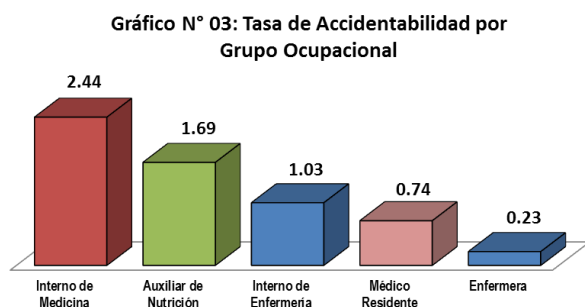
El 50% de los Accidentes laborales por exposición a Fluidos corporales – Salpicaduras, según zona de localización se presentó en Ojo izquierdo.

TABLA N° 3.12: TASA DE ACCIDENTABILIDAD POR GRUPO OCUPACIONAL

Grupo Ocupacional	N°	Población	Tasa
Interno de Medicina	3	123	2.44
Auxiliar de Nutrición	2	118	1.69
Interno de Enfermería	1	97	1.03
Médico Residente	2	272	0.74
Enfermera	1	440	0.23
TOTAL	9	-	-

Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales - HNDM

GRÁFICO N° 3.2: TASA DE ACCIDENTABILIDAD POR GRUPO OCUPACIONAL



Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales - HNDM

Se observa que la Tasa de Accidentabilidad por accidentes de trabajo más alta se ha presentado en el Grupo Ocupacional de los Internos de Medicina (2.44%), seguido de los Auxiliares de nutrición (1.69%).

4. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE MORTALIDAD NEONATAL Y FETAL.

La Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Neonatal y Perinatal ha permitido caracterizar el perfil epidemiológico de la mortalidad en este grupo de edad en la Institución. En Mayo del presente año, se ha notificado 07 muertes perinatales, de los cuales 05 casos fueron Muertes neonatales (71%) y 02 casos fueron Muertes Fetales (29%).

En el acumulado de Muertes perinatales (Fetales más neonatales), se registran 25 casos de Mortalidad Perinatal, de los cuales los más frecuentes son las Muertes Fetales 14 (56%), seguidos de las muertes neonatales 11(44%). (Ver gráfico).

Gráfico N° 01: Distribución de Mortalidad Fetal y Neonatal hasta Mayo - 2018

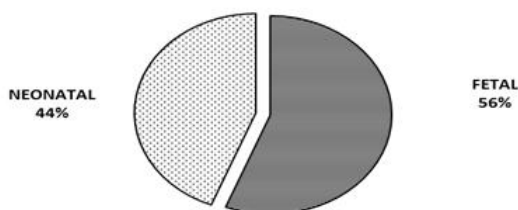


TABLA N° 4.1: MUERTES FETALES Y NEONATALES SEGÚN PESO AL NACER Y TIPO DE PARTO

Peso/Denominación	Tipo Parto		Muerte Fetal			Tipo Parto		Muerte Neonatal			
	Vaginal	Cesárea	Ante parto	Intra parto	Total	Vaginal	Cesárea	< 24 Horas	1-7 Días	8-28 Días	Total
500 - 999 grs	2	1	3	0	3	3	1	0	1	3	4
1000 - 1499 grs	6	0	6	0	6	0	0	0	0	0	0
1500 - 1999 grs	0	2	2	0	2	2	0	1	1	0	2
2000 - 2499 grs	1	0	1	0	1	1	2	0	2	1	3
2500 - 2999 grs	1	1	2	0	2	0	0	0	0	0	0
3000 - 3499 grs	0	0	0	0	0	0	2	1	0	1	2
3500 - 3999 grs	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4000 - 4499 grs	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
>=4500 grs	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	10	4	14	0	14	6	5	2	4	5	11

Fuente: Base de datos del VEA-HNDM.

Hasta Mayo del presente año en la Tabla N° 01 (Aplicativo Analítico BABIES), se observa que el perfil epidemiológico de las 14 muertes fetales, presentan edades gestacionales de 22 a 38 semanas, con pesos de 500 – 2.999 gramos; siendo que en la mayoría de muertes fetales no se identifica la causa básica de muerte fetal, asimismo las madres poseen CPN insuficiente, siendo diez natimuerdos de parto vaginal (10 casos) y 04 por cesárea. Un 52% de muertes perinatales tienen pesos por debajo de 1500 gr. (13/25), siendo más notorio en las muertes fetales (36%).

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

En Mayo del presente año, se ha presentado el caso de una Muerte neonatal de un neonato que fue referido e ingresó a UCI Pediátrica con diagnóstico de Shock séptico + Neumonía neonatal; nacido el 03/05/2018; ingresó a nuestro Hospital el 16/05/2018 y falleció el 21/05/2018

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

TABLA 4.2: MUERTE FETAL SEGÚN CIE 10 Y PESO DE NACIMIENTO

DIAGNOSTICOS	CODIGO CIE X	PESO AL NACIMIENTO						TOTAL
		500 - 999 grs.	1000 - 1499 grs.	1500 - 1999 grs.	2000 - 2499 grs.	2500 - 2999 grs.	≥ 3000 grs.	
MUERTE FETAL DE CAUSA NO ESPECIFICADA	P95	0	3	1	1	1	0	6
INMATURIDAD EXTREMA	P07.2	2	1	0	0	0	0	3
FETO Y RECIÉN NACIDO AFECTADOS POR CORIOAMNIONITIS	P02.7	1	1	0	0	0	0	2
FETO Y RECIÉN NACIDO AFECTADOS POR PLACENTA PREVIA	P02.0	0	0	1	0	0	0	1
SÍNDROME DEL RECIÉN NACIDO DE MADRE CON DIABETES GESTACIONAL	P70.0	0	0	0	0	1	0	1
FETO Y RECIÉN NACIDO AFECTADOS POR OLIGOHIDRAMNIOS	P01.2	0	1	0	0	0	0	1
TOTAL GENERAL		3	6	2	1	2	0	14

Fuente: Base de datos del VEA-HNDM.

En Mayo del presente año, según codificación CIE – 10 las causas básicas de Mortalidad Fetal son de causa desconocida con 02 casos (29%).

Hasta mayo del presente año, según codificación CIE-10 las causas básicas de Mortalidad Fetal fueron de causa no especificada (12%), seguido de inmadurez extrema (8%).

Tabla 3. Muerte Neonatal según codificación CIE – 10 y peso al Nacimiento, hasta mayo – 2018

DIAGNOSTICOS	CODIGO CIE X	PESO AL NACIMIENTO						TOTAL
		500 - 999 grs.	1000 - 1499 grs.	1500 - 1999 grs.	2000 - 2499 grs.	2500 - 2999 grs.	≥ 3000 grs.	
SEPSIS BACTERIANA DEL RECIÉN NACIDO	P36	2	0	0	0	0	0	2
ANENCEFALIA	Q00.0	0	0	1	1	0	0	2
HERNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÉNITA	Q79.0	0	0	0	0	0	1	1
MALFORMACIÓN CONGÉNITA	Q89.9	0	0	1	0	0	0	1
HIDROPESÍA FETAL NO DEBIDA A ENFERMEDAD HEMOLÍTICA	P83.2	0	0	0	1	0	0	1
NEUMONÍA CONGÉNITA DEBIDA A OTROS ORGANISMOS	P23.8	0	0	0	0	0	1	1
MALFORMACIONES CONGÉNITAS MÚLTIPLES	Q89.7	0	0	0	1	0	0	1
ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE	P77	1	0	0	0	0	0	1
INMATURIDAD EXTREMA	P07.2	1	0	0	0	0	0	1
TOTAL GENERAL		4	0	2	3	0	2	11

Fuente: Base de datos del VEA-HNDM.

Hasta Mayo del presente año, según codificación CIE – 10 las causas básicas de Mortalidad Neonatal son Prematuridad extrema, Neumonía, Enterocolitis necrotizante, Anencefalia y Malformación congénita múltiple (14%) respectivamente.

En el acumulado a mayo del 2018, las causas más frecuente de Mortalidad Neonatal fueron Sepsis neonatal y Anencefalia (8%) respectivamente.

GRÁFICO 4.2: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUERTES PERINATALES

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

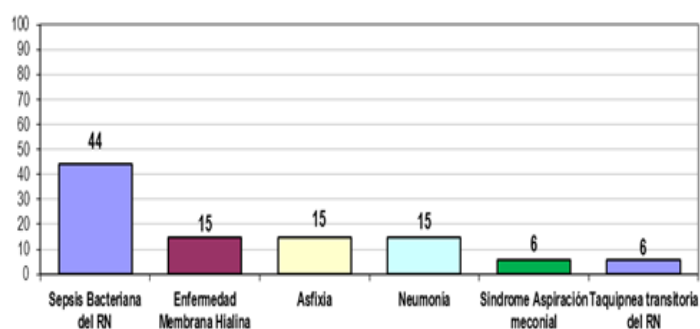


Fuente: Base de datos del VEA-HNDM.

Según distribución porcentual de Muertes perinatales hasta mayo del presente año, se puede apreciar que la mayor ocurrencia de casos es Muerte Fetal de causa no especificada (24%), seguido de Prematuridad extrema (16%).

GRÁFICO 4.3: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE TIPOS DE COMPLICACIÓN NEONATAL

Gráfico N° 03: Complicaciones Neonatales, HNDM. Mayo - 2018

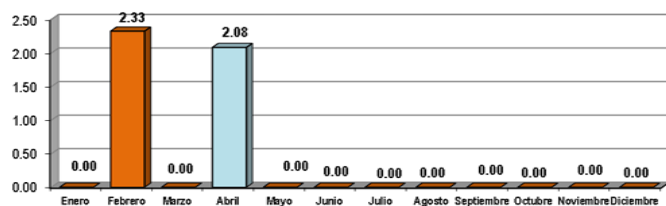


Fuente: Base de datos del VEA-HNDM.

Durante mayo del presente año se atendieron 34 recién nacidos complicados. Las complicaciones más frecuentes siguen siendo la Sepsis Neonatal con 15 casos (44%), seguido de Enfermedad de membrana Hialina, Asfisia Perinatal y/o Neumonía con 05 casos (15%) respectivamente (Ver Gráfico N° 03). Hasta mayo del presente las muertes neonatales por complicaciones sujetas a vigilancia epidemiológica, como daños centinela, solo se notificaron en los meses de Febrero y Abril. En Mayo del presente año no se han presentado complicaciones en el servicio de Neonatología para el registro de letalidad. Se tiene la ocurrencia de 01 caso de Muerte neonatal, referido fallecido por sepsis neonatal.

GRÁFICO 4.4: TASA DE LETALIDAD DE COMPLICACIONES NEONATALES

Gráfico N° 04: Tasa de Letalidad de complicaciones Neonatales, hasta Mayo - 2018

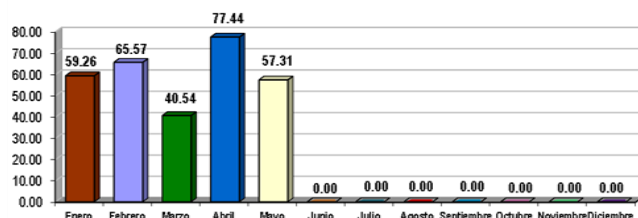


Fuente: Base de datos del VEA-HNDM.

Durante el mes de Mayo del presente año se observa una tasa de letalidad de complicación neonatal de 2.08%.

GRÁFICO 4.5: TASA DE INCIDENCIA DE BAJO PESO AL NACER

Gráfico N° 05: Tasa de Incidencia de Bajo peso al nacer, hasta Mayo - 2018

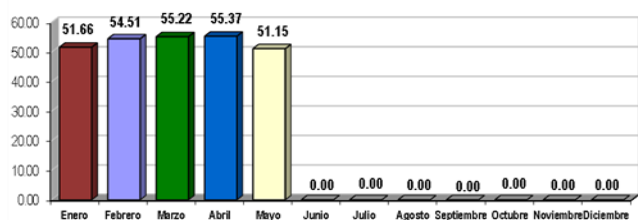


Fuente: Base de datos del VEA-HNDM.

En Mayo del presente año, se observa que la Tasa de incidencia de bajo peso al nacer es de 57.31 x 1000 recién nacidos vivos, siendo la tendencia descendente en el último mes.

GRÁFICO 4.6: TASA DE CESÁREA GENERAL

Gráfico N° 06: Tasa de Cesárea General, hasta Mayo - 2018



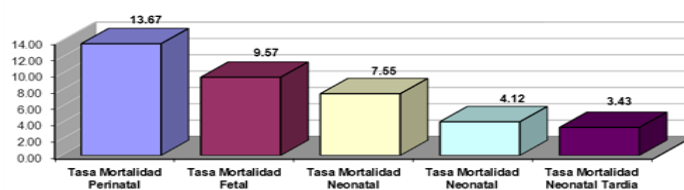
Fuente: Base de datos del VEA-HNDM.

La proporción de partos complicados sigue siendo alta (74.14%), dado que el HNDM es un Establecimiento de referencia nacional. En Mayo la tasa de cesárea general fue de 51.15 %, el resto de partos fueron partos vaginales distócicos.

La tasa de cesárea en RN de bajo peso al nacer fue de 4.60%, 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 11.49% y la tasa de cesárea con RN macrosómico es de 7.18%.

GRÁFICO 4.7: TASA DE MORTALIDAD FETAL Y NEONATAL

Gráfico N° 07: Tasas de Mortalidad Fetal y Neonatal, hasta Mayo - 2018



Fuente: Base de datos del VEA-HNDM.

En relación a las Tasas de Mortalidad Perinatal, se puede apreciar hasta Mayo del presente año, que la Tasa de Mortalidad Perinatal es de 13.67 x 1000 nacimientos, la tasa de Mortalidad Neonatal fue de 7.55 x 1000 RN Vivos, la Tasa de Mortalidad neonatal precoz es de 4.12 x 1000 RN Vivos; la Tasa de Mortalidad Fetal es de 9.57 x 1000 nacimientos.

En Mayo del presente año, la Tasa de Mortalidad Perinatal es 11.43 x 1000 nacimientos, la Tasa de Mortalidad Fetal es de 5.71 x 1000 nacimientos, la Tasa de Mortalidad Neonatal es de 14.33 x 1000 recién nacidos vivos, la Tasa de Mortalidad neonatal precoz es de 5.73 x 1000 RN vivos y la Tasa de Mortalidad Neonatal tardía es de 8.60 x 1000 RN vivos en el presente mes.

5. EVALUACIÓN POR DEPARTAMENTOS DEL MANEJO DE RESIDUOS HOSPITALARIOS.

CUADRO N° 6.1: EVALUACION POR DEPARTAMENTOS DEL MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS HOSPITALARIOS

DEPARTAMENTOS	CALIFICACION		
	BUENO (%)	REGULAR (%)	MALO (%)
DEPARTAMENTO DE MEDICINA	71	29	
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MEDICA	100		
DEPARTAMENTO DE CIRUGIA	50	50	
DEPARTAMENTO DE GINECO- OBSTETRICIA		100	
DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA	50	50	
DPTO DE ODONTOESTOMATOLOGIA	100		
DPTO. DE DIAGNOSTICO POR IMÁGENES	100		
DEPARTAMENTO DE FARMACIA	100		
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA	100		
DPTO. DE ANESTESIOLOGIA Y CENTRO QX	67	33	
DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA		100	
DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA CLINICA	100		
DEPARTAMENTO DE BANCO DE SANGRE Y HEMOT.	100		
DEPARTAMENTO DE CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR.	100		

En el mes de Mayo, observamos que los que mejor cumplen con el manejo de los residuos sólidos hospitalarios son: Especialidades Médicas, Odontología, Diagnóstico por Imágenes, Farmacia, Enfermería, Patología Clínica, Banco de Sangre y Hemoterapia y Cirugía de Tórax y Cardiovascular.

Asimismo los Departamentos que manejan regularmente los residuos sólidos son: Medicina, Cirugía, Gineco-Obstetricia, Pediatría, Anestesiología y Centro Quirúrgico y Emergencia.



ACTUALIDAD EN EPIDEMIOLOGÍA

ALERTA EPIDEMIOLÓGICA

INCREMENTO DE CASOS HOSPITALIZADOS Y FALLECIDOS POR NEUMONIA CON AISLAMIENTO POSTIVO A INFLUENZA A (H1N1) – JUNIO 2018

CODIGO: AE 03-2018 - OESA

I. Objetivo:

Informar a la Dirección General, Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos, así como a los diferentes Departamentos y Servicios Asistenciales sobre la situación epidemiológica de las Hospitalizaciones por Neumonías con casos graves y fallecidos con aislamiento positivo de Influenza A (H1N1)

II. Situación actual:

A la Semana Epidemiológica 23 (Al 09 de junio, 2018) se ha registrado tres casos de Pacientes con IRAG, con resultados positivos de Influenza A (H1N1) pdm9 en el Hospital Nacional Dos de Mayo, atendidos con Diagnóstico de Distress Respiratorio Agudo del Adulto y en Ventilación Mecánica, de los cuales dos han fallecido, las características de los pacientes se muestran en la Tabla siguiente:

Tabla N° 01

Hospitalizados y Fallecidos en la UCI del Hospital Nacional Dos de Mayo con Síndrome de Distress Respiratorio e Influenza A (H1N1) pdm9 a la SE 23 del 2018

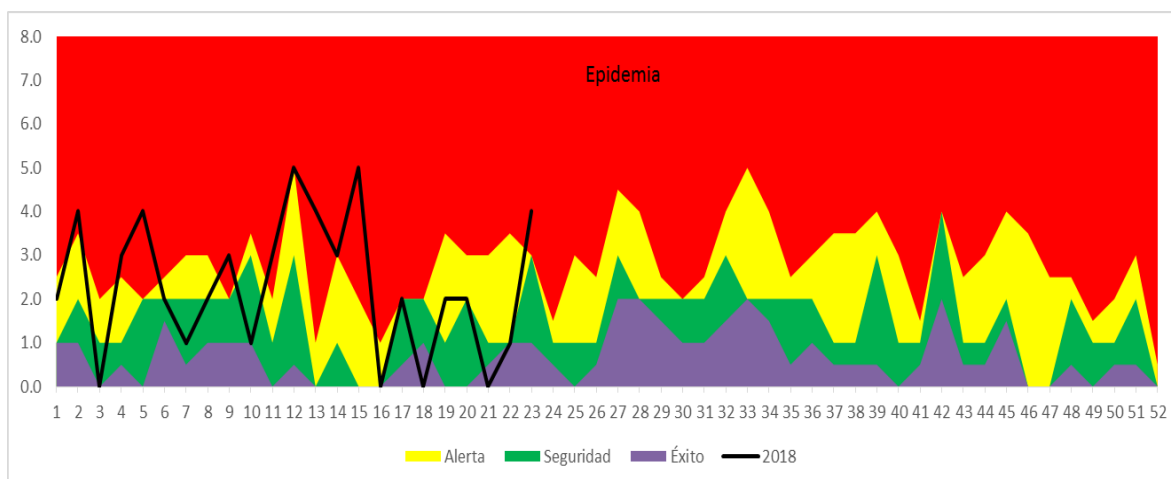
NOMBRE Y APELLIDO	F. I. HOSP.	EDAD	COMORBILIDAD	F. I. UNIDAD-CAMA	DIAGNOSTICO DE INGRESO	TIPO DE MUESTRA A FECHA	GERMEN AISLADO	OBSERV.
RSS	29/05/18	59 años	Falla cardiaca, Cardiopatía	30/05/18U CI cama:1	Shock séptico, NAC, IRA en VM ARDS	Hisopado 30/05/18	Influenza A (H1 N1)	IRAG Procesado en HNDM FALLECIDO
EFVM	01/06/18	61 años	Neumocistosis, Secuela de TB	03/06/18U CI cama:4	IRA en VM, NAC D/C Influenza H1 N1	Hisopado 04/06/18	Influenza A (H1 N1)pdm9	IRAG INS
CRBP	02/06/18	47 años	Sin comorbilidad aparente	06/06/18 UCI cama:6	IRA en VM, NAC D/C Influenza H1 N1	Hisopado 04/06/18	Influenza A (H1 N1)pdm9	IRAG INUSITADO INS FALLECIDO

Fuente: Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la OESA-HNDM

Asimismo se ha identificado un incremento en pacientes de hospitalizados, sobre todo en pacientes de 60 a más años, los mismo que vienen siendo hospitalizados en los diferentes servicios la que se encuentra por encima de la cifra esperada comparado con los últimos cinco años, tal como se muestra en el gráfico siguiente.

Por información del nivel nacional (Alerta Epidemiológica Código AE-CDC n° 07-2018), se conoce que en el Perú a la Semana Epidemiológica (SE) 22se han procesado 1389 muestras de secreciones respiratorias, de las cuales 328 (23.6%) fueron positivas a Influenza, de ellos 175 (53.4%) fueron positivos a Influenza A (H1N1) pdm9, siendo las otras a otros virus respiratorios, con lo que se comprueba que en las cinco últimas semanas predomina el virus Influenza A (H1N1) pdm9

Figura 1: Canal Endémico de la Demanda de Hospitalización por Neumonía De 60 años a más; Hospital Nacional Dos de Mayo; 2018. Hasta la SE 23 (09/06/2018)



Fuente: Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la OESA-HNDM

III Recomendaciones

1. Extremar las medidas de aislamiento respiratorio en los Servicios de Emergencia, distanciamiento entre pacientes, barreras, EPP, uso obligatorio de Respirador N 95 y Medidas medio ambientales para el intercambio de aire en los servicios (Ventilación Natural).
2. Supervisión de los cinco momentos de Lavado de Manos Clínico y de la Técnica de Lavado de Manos Clínico en todos los Servicios, con énfasis en los Servicios Críticos: Emergencia, Adultos y pediatría, así como la Unidad de Cuidados Intensivos.
3. Fortalecer al 100% la vacunación contra Influenza en el personal de Salud.
4. Notificación inmediata de todos los casos de IRAG e IRAG inusitado a la Oficina de Epidemiología del Hospital.
5. Identificación oportuna de signos de alarma en pacientes que ingresan con problemas respiratorios.
6. La Unidad de Cuidados Críticos deberá implementar la aplicación de Guía Técnica: "Atención de Insuficiencia Respiratoria Aguda en Pacientes con Influenza", aprobada con RM N° 503-2010/MINSA.
7. Inicio temprano (Idealmente dentro de 48 horas) a pacientes con Neumonía o Distress Respiratorio por Neumonía con sospecha de H1N1, más aún si tiene comorbilidad, es Gestante o es Personal de Salud.
8. Disponibilidad inmediata de Oseltamivir.

Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental

Lima, 13 junio de 2018

ALERTA EPIDEMIOLÓGICA NIVEL NACIONAL



PERÚ

Ministerio
de SaludCentro Nacional de
Epidemiología, Prevención y
Control de Enfermedades"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Diálogo y Reconciliación Nacional"**Alerta epidemiológica ante el riesgo de incremento de casos de
Influenza A (H1N1) pdm09 en el Perú**

CODIGO: AE-CDC-002-2018

I. Objetivo

Alertar a los establecimientos de salud del país ante el riesgo de incremento de los casos de Influenza A(H1N1) pdm09, para fortalecer las acciones de detección, prevención y respuesta de los servicios de salud.

II. Situación actual

Actualmente Ecuador presenta un brote de Influenza que inició en la SE 49-2017 y hasta la SE 03-2018 se han notificado 1404 casos de infección respiratoria aguda grave (IRAG), de los cuales 497 corresponden a casos de influenza, siendo 88,7% (441) por Influenza A(H1N1) pdm09, 9,9% (49) por Influenza A(H3N2) y 1,4% (7) por Influenza B. El mayor número de casos proceden de la provincia de Pichincha (ciudad de Quito) ubicada al norte del país, con el 81% de los casos de influenza reportados. Además, se han reportado casos en las provincias de El Oro y Loja, ambos situados en la frontera con el Perú. Desde la SE 49-2017 a la SE 03-2018, se han reportado 22 defunciones por influenza A(H1N1) pdm09 y 01 por Influenza A(H3N2) en Ecuador.

Este incremento de casos de influenza en Ecuador se presenta fuera del periodo de estacionalidad conocido, lo que podría estar influenciado por el Fenómeno "La Niña", razón por la cual nos obliga a estar alerta frente a comportamientos inusuales de la tendencia de la influenza en el Perú.



En el Perú, desde el año 2012 la vigilancia de influenza y otros virus respiratorios (OVR) tiene tres componentes: la vigilancia centinela del síndrome gripal (SG); la vigilancia centinela de las infecciones respiratorias agudas graves (IRAG) y muertes por IRAG; y la vigilancia nacional de IRAG inusitada, normado por la Directiva Sanitaria N° 045-MINSA/DGE-V.01. Según el reporte de la vigilancia epidemiológica, en los últimos tres años circulan en el Perú tres subtipos de influenza, entre ellas la Influenza A(H1N1) pdm09, Influenza A (H3N2) e Influenza B.

En el 2016, el 52,2% (795) de los casos fueron por Influenza A(H1N1) pdm09, seguido de la Influenza B con el 35,4%. En el año 2017 el mayor porcentaje de casos fue por Influenza A(H3N2) en un 74,8%, seguido de la Influenza B (23,4%), solo se notificaron 6 casos por Influenza A(H1N1) pdm09. En el 2017 solo se evidenció circulación del virus influenza A(H1N1) pdm09 en las tres primeras semanas (05 casos) y en la SE 52 (01 caso), este último caso correspondió a un varón de 13 años de la región Tumbes. En el 2018 hasta la SE 03 no se ha diagnosticado algún caso de virus influenza A(H1N1) pdm09, sin embargo se han notificado 09 casos confirmados de influenza, de ellos 07 por Influenza B y 02 por Influenza A(H3N2).

Con respecto al estado vacunal, se tiene hasta noviembre del 2017 una cobertura de 91,2% en niños menores de 1 año, dicha cobertura está estimada con el 50% de la población menor de 1 año según criterios de programación. Los niños de 1 año son programados con el 100% de esta población, la cobertura para este grupo de edad es del 8,2%, mientras que para los niños de 2, 3 y 4 años, se programa con el 5% de la población de cada grupo de edad, cuyas coberturas están en 77,1%, 43,2% y 29,9%, respectivamente.



[1]

2



PERU

Ministerio
de SaludINSTITUTO NACIONAL DE SALUD
CENTRO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA Y
CONTROL DE ENFERMEDADES"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Diálogo y Reconciliación Nacional"

III. Recomendaciones

Las GERESA/DIRESA/DISA/DIRIS deben fortalecer las actividades de vigilancia en salud pública descritas en la Directiva Sanitaria N° 045-MINSA/DGE-V.01: "Directiva Sanitaria para la Vigilancia Epidemiológica de Influenza, de Otros Virus Respiratorios (OVR) e Infecciones Respiratorias Agudas Graves (IRAG) en el Perú" (aprobada por RM N° 108-2012/MINSA), así como las actividades de prevención y atención de casos de influenza, con énfasis en las siguientes acciones:

1. Los establecimientos de salud deberán notificar e investigar de manera inmediata, las siguientes situaciones:
 - Conglomerados de casos de infección respiratoria aguda grave (IRAG).
 - Casos de infección respiratoria aguda grave inusitada (IRAG inusitada).
 - Brotes de infecciones respiratorias agudas en entornos cerrados (penales, albergues, cuarteles, asilos, guarderías, cunas jardín, etc.) y en comunidades indígenas contactadas y semi-contactadas.
 - Muertes por IRAG.
2. Los **establecimientos de vigilancia centinela** deberán realizar la notificación inmediata de casos de SG, IRAG y muertes por IRAG, siguiendo los flujos establecidos en la Red Nacional de Epidemiología. Así mismo, deberán garantizar la obtención de muestra para diagnóstico de influenza y OVR, según lo establecido en la Directiva Sanitaria N° 045-MINSA/DGE-V.01.
3. En el caso de IRAG inusitada, para la obtención de muestras para diagnóstico de influenza y otros virus respiratorios debe cumplirse con al menos uno de los siguientes criterios establecidos:
 - Caso de IRAG en trabajador de salud con antecedentes de contacto con personas con IRAG; o
 - Caso de IRAG en personas previamente sanas de entre 5 a 60 años de edad; o
 - Caso de IRAG en persona que ha viajado a áreas de circulación de virus de influenza con potencial pandémico; o hayan reportado presencia de virus emergentes de transmisión respiratoria.
 - Caso de IRAG de causa inexplicable en personas que trabajan con aves u otros animales.
 - Muerte por IRAG de causa desconocida

Los establecimientos de salud deben garantizar la obtención de muestra para todo caso de IRAG inusitada para el diagnóstico de influenza y OVR.

4. El Instituto Nacional de Salud deberá proveer de kits para obtención de muestra para diagnóstico de virus respiratorios y reactivos para realizar diagnóstico de virus respiratorios, así como capacitar al personal de salud.
5. Continuar con el monitoreo y evaluación continua del comportamiento clínico y epidemiológico de las infecciones respiratorias agudas, neumonías y defunciones por neumonías.
6. Fortalecer el manejo de casos de infecciones respiratorias agudas graves (IRAG), especialmente en pacientes con alguna condición de riesgo (menores de 5 años, personas de 65 años a más, gestantes, enfermedades crónicas como asma, enfermedades pulmonares crónicas, enfermedad cardíaca, afecciones renales, obesidad, entre otras; de acuerdo a las guías de práctica clínica.



PERÚ

Ministerio
de SaludCentro Nacional de
Epidemiología, Prevención y
Control de Enfermedades"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Diálogo y Reconciliación Nacional"

7. La Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (DGIESP) en coordinación con la Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas (DIGEMID), deben asegurar la provisión de medicamento antiviral (Oseltamivir), para el manejo de los casos de IRAG de acuerdo a las guías de práctica clínica. Las GERESA/DIRESA/DISA/DIRIS deben monitorear la disponibilidad del antiviral y el cumplimiento de las guías de práctica clínica.
8. Implementar estrategias para vacunación contra influenza con énfasis en los grupos de riesgo, la cual debe realizarse todos los años entre abril y mayo, considerando a los niños menores de 5 años (y en especial los niños menores de 2 años), adultos de 65 años de edad o más, gestantes, personas con enfermedades crónicas como asma, enfermedades pulmonares crónicas, enfermedad cardíaca, afecciones renales, obesidad, entre otras.
9. La Dirección de Inmunizaciones de la DGIESP, deberá monitorizar el cumplimiento de coberturas óptimas de vacunación (mayores o igual a 95%) en todos los distritos, en menores de cinco años con vacunas pentavalentes, antineumocócica, contra la influenza y la SPR, de acuerdo al esquema nacional de vacunación, debido a que son herramientas efectivas para reducir el riesgo de IRA y neumonía (influenza, coqueluche, neumonía y enfermedad invasiva por neumococo).
10. Intensificar la difusión de las medidas de prevención de la influenza y OVR en la población general. La Oficina General de Comunicaciones (OGC), deberá gestionar las acciones de comunicación en coordinación con la Dirección de Promoción de la Salud acerca de las medidas de higiene y preventivas, tales como:
 - Lavado de manos.
 - Cubrirse boca y nariz al toser o estornudar (con la parte interna del codo o un pañuelo).
 - Acudir al centro de salud más cercano en caso de presentar fiebre (> 38°C), tos o dolor de garganta.
 - No automedicarse.
 - Vacunación contra la influenza en personas mayores de 6 meses de edad, con énfasis en los grupos de riesgo.
11. La DGIESP deberá continuar fomentando la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida, así como fortalecer los servicios de salud para la orientación, educación sanitaria y la atención de casos, especialmente en aquellos departamentos que han incrementado sus episodios de IRA.
12. Los establecimientos de salud, deberán fortalecer el cumplimiento de las medidas de control de infecciones, como medida de protección del personal y de protección a los pacientes. Esto incluye la vacunación anual contra influenza del personal de salud. Asimismo, los hospitales deben disponer de equipos de protección personal (EPP) e insumos para el cumplimiento de esta recomendación. Los EPP deberán estar acorde con la responsabilidad de riesgo y de empleo del trabajador.
13. Los Directores de las GERESA/DIRESA/DISA/DIRIS, jefes de redes y establecimientos de salud, deberán difundir e implementar las recomendaciones de la presente alerta epidemiológica en los establecimientos públicos y privados de su jurisdicción.



Lima, 25 de enero del 2018

[3]

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. José Luis Bolarte Espinoza

Equipo de Trabajo de Vigilancia Epidemiológica

Dr. Jaime Alvarezcano Berroa

Dr. Marco Antonio Sánchez Ramírez

Dr. Cristhian Resurrección Delgado

Lic. Carmen Lam Villoslada

Lic. Rosario Mucha Huatuco

Lic. Mónica Barrientos Pacherres

Lic. Joel Cadillo Rivera

Equipo de Trabajo Salud Ambiental

Sr. Alfonso Rodríguez Ramírez

Ing. Eduardo Yactayo Infantes

Sr. Jaime Aparcana Moncada

Sr. Jaime Arce Veintemilla

Sr. Raúl Quispe Bocangel

Equipo de Informática

Sra. Andrea Ydoña Cuba

Ing. Estadística Marianela Narro Dueñas

Lima – mayo 2018