

**CONTENIDO:****EDITORIAL:**

Pág. 1

**1. VIGILANCIA
EPIDEMIOLÓGICA DE
LAS INFECCIONES
INTRAHOSPITALARIAS**

Pág. 2

**2. DAÑOS DE
NOTIFICACIÓN
OBLIGATORIA**

Pág. 5

**3. VIGILANCIA
EPIDEMIOLÓGICA DE
ACCIDENTES
OCUPACIONALES**

Pág. 10

**4. VIGILANCIA
EPIDEMIOLÓGICA DE
INFECCIÓN POR VIH
SIDA**

Pág. 9

**6. VIGILANCIA
EPIDEMIOLÓGICA DE
MORTALIDAD
NEONATAL Y FETAL**

Pág. 13

**7. EVALUACIÓN POR
DEPARTAMENTOS DEL
MANEJO DE RESIDUOS
SÓLIDOS
HOSPITALARIOS**

Pág. 16

EDITORIAL**Infección por Virus Zika**

En los últimos meses, en nuestro país, hemos observado un incremento importante en el número de casos de personas afectadas por la infección del virus del Zika, por lo que ha sido necesario extremar las medidas de vigilancia, prevención y control. El 20 de enero del 2016, mediante el documento AE □ DEVE N° 001 - 2016, la Dirección General de Epidemiología emitió una alerta epidemiológica por el riesgo de introducción del Virus Zika, debido a la intensificación de la transmisión del virus en los países (vecinos) de Latinoamérica (1).

El 17 de abril de 2016, el Centro Nacional de Enlace para el RSI del Perú notificó a la OPS/OMS un caso confirmado de transmisión sexual del virus de Zika. Se trataba del primer caso de infección por el virus del Zika en nuestro país (2). De acuerdo a los reportes del Ministerio de Salud (MINSA), hasta el 09 de junio del presente, la búsqueda activa ha detectado 77 casos autóctonos: 62 casos en Jaén, 7 casos en Yurimaguas, 4 casos en Tumbes, 2 casos en San Martín, 1 en Ucayali y 1 en Lima, cabe añadir que existen adicionalmente 14 casos importados (3).

Ante el riesgo inminente de una incontrolable propagación y la amenaza que ello constituye para la Salud Pública, el Ministerio de Salud (MINSA) mediante R.M. N° 410-2016/MINSA, ha declarado Alerta Amarilla en los establecimientos de salud de Lima Metropolitana, así como de las Direcciones Regionales de Salud de Tumbes, Loreto, Ucayali, San Martín, Cajamarca y Lima, por los efectos adversos de la transmisión del Virus Zika. También se ha realizado la activación del Comité Operativo de Emergencia Nacional de Salud para Prevención y Control de Zika, cabe añadirse que previamente mediante DS 014- 2016 □ SA y RM 210-2016/MINSA, se transfirieron S/. 27,645,832 para la intensificación de las medidas de prevención y control de Zika, dengue y Chikungunya y otras arbovirosis (3).

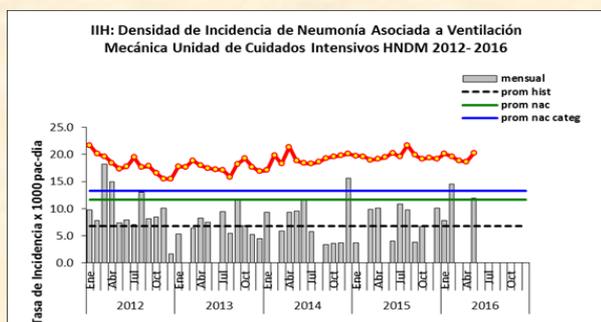
El virus de Zika es un virus emergente, aislado por primera vez en el año 1947 en un macaco *Rhesus* del bosque Zika en Entebbe, Uganda (4). Es un arbovirus, del género *Flavivirus* (familia *Flaviviridae*), muy cercano al virus del Dengue, de la Fiebre amarilla, siendo transmitido por el mosquito *A. Aegyptis* (5). El primer brote se reportó en el 2007, en la isla de Yap (Micronesia) con 49 casos confirmados y una duración de 13 semanas de abril a julio. Posteriormente en el 2013 se presentó una epidemia con 10.000 casos, 70 graves con complicaciones neurológicas (Síndrome de Guillain Barre y Meningoencefalitis). Entre 2013 y 2014 se reportaron 146 casos en Nueva Caledonia. En el año 2014, se identificó el primer caso en Suramérica, en la Isla de Pascua en Chile (6).

Finalmente, es necesario destacar que la infección provocada por el virus del Zika, se caracteriza por manifestaciones clínicas similares a las provocadas por el virus del Dengue (fiebre, erupciones cutáneas, conjuntivitis, dolores musculares y articulares, malestar y cefaleas), suelen ser leves y durar entre 2 y 7 días. Por otro lado, existen datos clínicos y epidemiológicos que vinculan el aumento de la incidencia de microcefalia o Síndrome de Guillain Barré (SGB) con la reciente epidemia por virus del Zika. El reporte de un marcado aumento del número de casos de microcefalia en los estados del noreste de Brasil así como el incremento inusual de pacientes con síndromes neurológicos o inmunomediados en la Polinesia y Brasil, dan cuenta de la asociación planteada. En los primeros meses del 2016, también se ha presentado un aumento inusual de casos de SGB en Colombia, El Salvador, Surinam y Venezuela. Entre las consecuencias de la infección por virus del Zika durante el embarazo destacan muerte fetal, retraso del crecimiento intrauterino con o sin microcefalia, calcificaciones cerebrales y otras lesiones del sistema nervioso central, hipoplasia macular, anomalías en el volumen del líquido amniótico (oligohidramnios), insuficiencia placentaria y alteraciones en el flujo arterial umbilical y cerebral (7).

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS

Las Infecciones Intrahospitalarias (IIH) representan una de las notificaciones más importantes dentro de la Institución. En el presente boletín se presenta el comportamiento de las infecciones intrahospitalarias que tienen mayor frecuencia y las asociadas a factores de riesgo extrínsecos (procedimientos invasivos). Esta Información procede de la vigilancia epidemiológica activa del mes de Mayo del 2016.

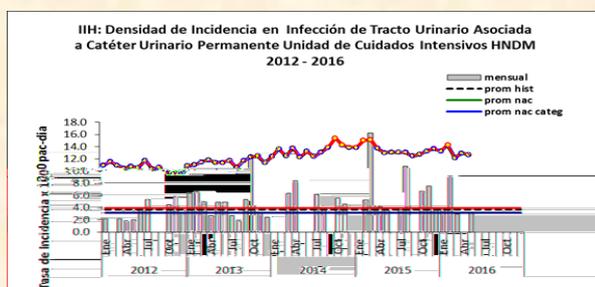
Densidad de Incidencia de Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica (NAV) – UCI. HNDM 2012- 2016



Fuente: Base de datos de VIIH HNDM

Durante el mes de mayo del 2016, se han registrado tres casos de Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica que representa una tasa de densidad de incidencia de 11.9 x 1000 días VM, sobrepasando el promedio histórico; es importante resaltar que se mantuvieron durante el mes 40 pacientes sometidos a V.M., con 252 días de exposición.

Densidad de incidencia de infección de tracto urinario asociada a catéter urinario permanente Unidad de cuidados intensivos HNDM. 2012 – 2016.

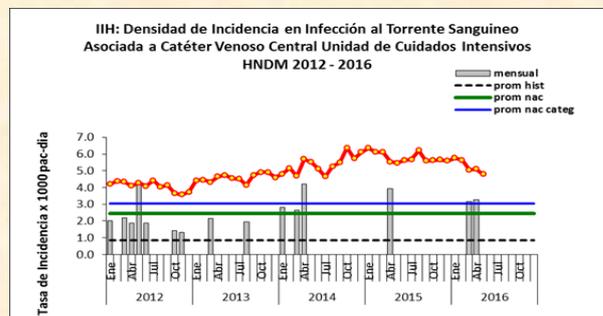


Fuente: Base de datos de VIIH HNDM

En la Unidad de Cuidados Intensivos durante el mes de mayo del año 2016, hubo una Infección Urinaria Asociada a Catéter Urinario Permanente, que representa una tasa de densidad de incidencia de 3.3 x

1000 días/catéter, siendo este inferior al promedio histórico. En este mes se identificaron 60 pacientes vigilados con 302 días de exposición.

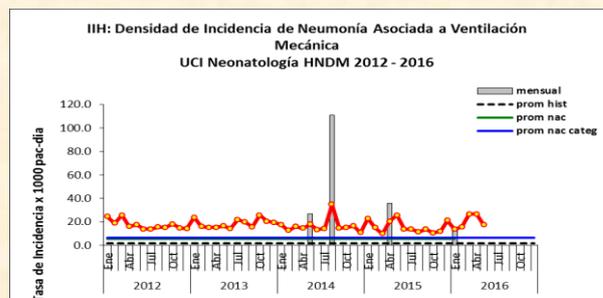
Densidad de Incidencia en infección del torrente sanguíneo asociada a catéter venoso central Unidad de cuidados Intensivos HNDM 2012 - 2016. HNDM.



Fuente: Base de datos de VIIH HNDM

En relación a la Infección del Torrente Sanguíneo asociado a Catéter Venoso Central en la Unidad de Cuidados Intensivos no se presentaron casos durante el mes de mayo del 2016, se mantuvieron en vigilancia 60 pacientes con 358 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.

Densidad de Incidencia de neumonía asociada a ventilación mecánica UCI Neonatología 2012-2016. HNDM.

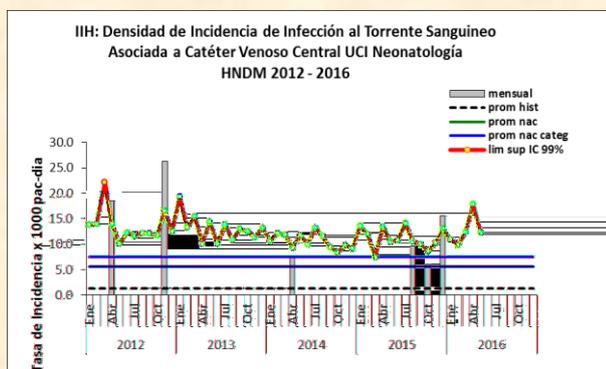


Fuente: Base de datos de VEA HNDM

En la Unidad de Cuidados Intensivos de Neonatología no se han presentado casos de Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica en pacientes neonatos durante el mes de mayo del 2016, sin embargo se vigilaron 05 pacientes sometidos a 39 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.

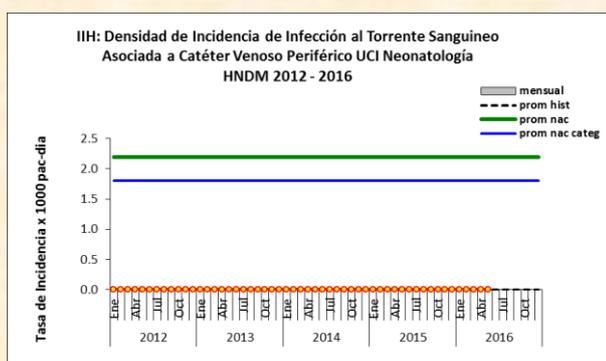
Densidad de Incidencia de Infección al Torrente Sanguíneo Asociada a Catéter Venoso Central UCI Neonatología. HNNDM. 2012 – 2016.



Fuente: Base de datos de VEA □ HNNDM.

Sobre las infecciones del Torrente Sanguíneo asociada a CVC en el servicio de UCI de neonatología, no se han reportado casos durante el mes de mayo del año 2016. Estuvieron sometidos a vigilancia epidemiológica 09 pacientes con 73 días de exposición. El fortalecimiento de las medidas de bioseguridad fueron las acciones de mayor impacto.

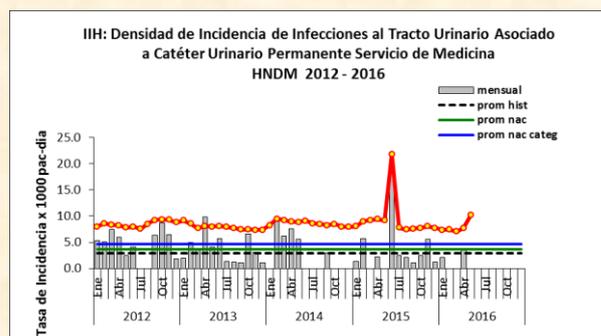
Densidad de Incidencia de Infección al Torrente Sanguíneo Asociada a Catéter Venoso Periférico UCI Neonatología. HNNDM. 2012 – 2016.



Fuente: Base de datos de VEA □ HNNDM

En relación a las Infecciones de Torrente Sanguíneo Asociada a Catéter Venoso Periférico, en el mes de mayo del año 2016 no se presentaron casos en Neonatos, se sometieron a vigilancia epidemiológica 14 pacientes con 93 días de exposición.

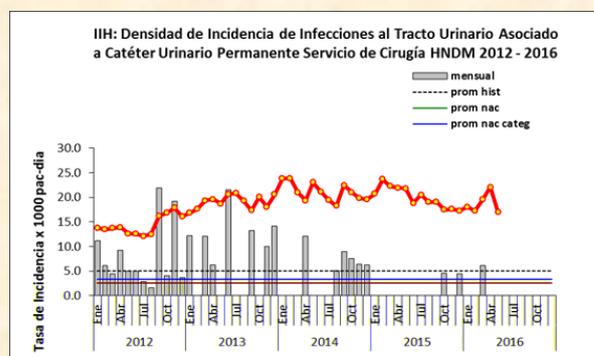
Densidad de Incidencia de Infecciones del Tracto Urinario asociado a Catéter Urinario Permanente Servicio de Medicina. HNNDM. 2012 – 2016



Fuente: Base de datos de VEA □ HNNDM.

Durante el mes de mayo del año 2016 en el Departamento de Medicina, no se han presentado casos de ITU asociada a CUP, se vigilaron 47 pacientes con 367 días de exposición. Se implementará la metodología Bundle, mediante la aplicación de las listas de cotejo. Es importante referir que los servicios de medicina (San Andrés y Santa Ana) no se vigilaron por falta de personal (vacaciones).

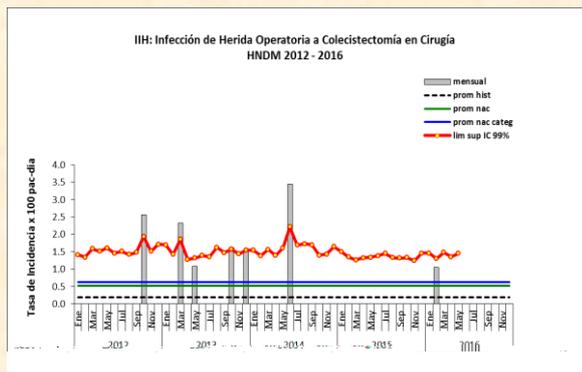
Densidad de Incidencia de Infecciones del Tracto Urinario asociado a Catéter Urinario Permanente. Servicio de Cirugía. HNNDM. 2012 – 2016



Fuente: Base de datos de VEA □ HNNDM

En el Departamento de Cirugía durante el mes de mayo del año 2016 no se han reportado casos de ITU asociada a CUP. Se han vigilado 44 pacientes con 240 días de exposición. Está pendiente la implementación de la metodología Bundle, mediante la aplicación de las listas de cotejo como medida preventiva de infección urinaria asociada a catéter urinario.

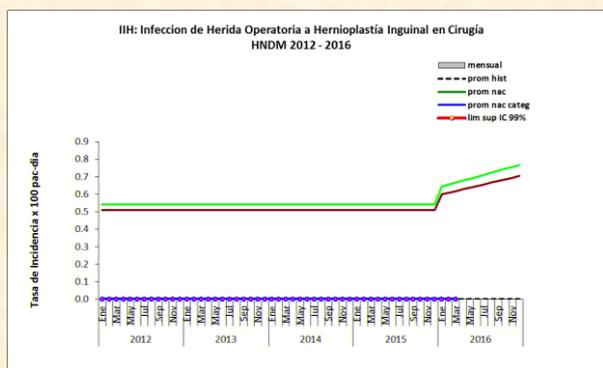
Incidencia de herida operatoria a colecistectomía en Cirugía HNMD 2012 – 2016



Fuente: Base de datos de 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 mayo no se reportaron casos y se vigilaron 75 pacientes sometidos a Colecistectomía.

Incidencia de herida operatoria a hernioplastía inguinal en Cirugía HNMD. 2012- 2016

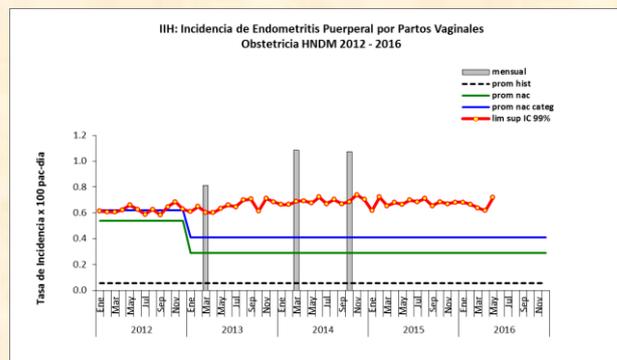


Fuente: Base de datos de VIII HNMD

En el presente gráfico observamos que no hay casos reportados de Infección de Sitio quirúrgico asociado a Hernioplastia Inguinal desde el año 2012 al 2015, e inclusive a mayo del año 2016, se vigilaron 14 pacientes sometidos a hernioplastía. Las infecciones de herida operatoria es uno de los objetivos principales de los protocolos de prevención de las infecciones nosocomiales, teniendo en cuenta que son el origen de muchas complicaciones postoperatorias y responsables

de la cuarta parte de las IIH de los pacientes que se someten a cirugía.

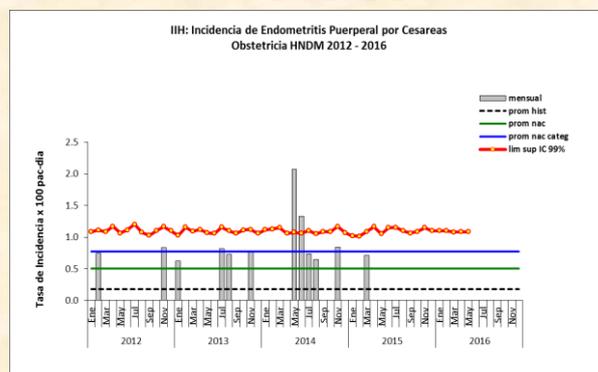
Incidencia de endometritis puerperal por partos vaginales Obstetricia HNMD. 2012- 2016



Fuente: Base de datos de VEA HNMD

Durante el mes de mayo del año 2016 no se han presentado casos de endometritis puerperal por parto vaginal. El uso de técnica aséptica en todos los procedimientos relacionados con el seguimiento y atención del parto es uno de los factores importantes en la prevención de endometritis puerperal. El total de partos atendidos fueron 84.

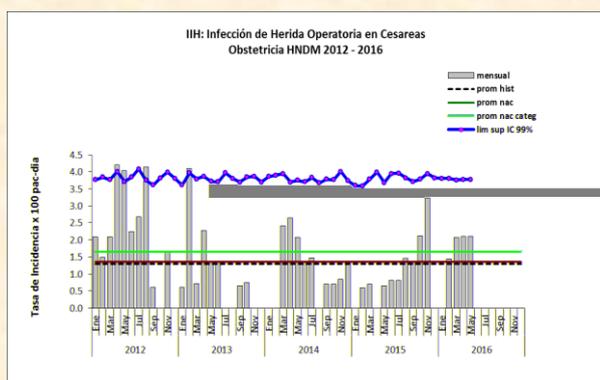
Incidencia de endometritis puerperal por cesáreas Obstetricia HNMD. 2012- 2016



Fuente: Base de datos de VIII HNMD

En el mes de mayo del 2016 no se han reportado casos de endometritis puerperal por cesárea. La presencia de endometritis puerperal por cesárea, está relacionada al número de tactos vaginales realizados antes de la cesárea, sin embargo en ésta juegan roles importantes también los antecedentes maternos que pudieran contribuir a la presencia de endometritis. Las Cesáreas realizadas fueron 142 durante el mes de mayo.

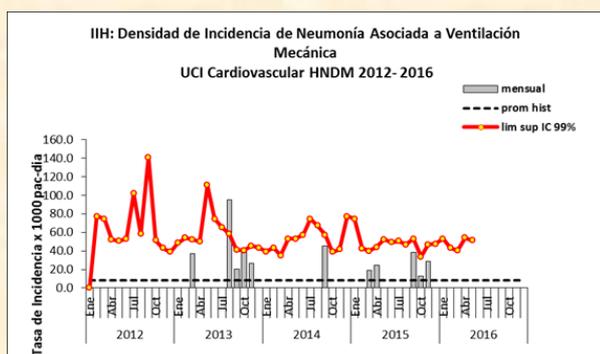
Incidencia de Infección de Herida Operatoria por cesáreas en Obstetricia HNMD. 2012-2016



Fuente: Base de datos de VIII HNMD

En el gráfico podemos observar que durante el mes de mayo del 2016 se han reportado tres casos de Infección de Herida Operatoria en Cesárea, que representa una tasa de 2.11 x 100 procedimientos, igual que el mes anterior. Las Cesáreas realizadas fueron 142 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.

Densidad de Incidencia de neumonía asociada a ventilación mecánica en UCI Cardiovascular HNMD. 2012-2016



Fuente: Base de datos de VIII HNMD

La tendencia de las Neumonías Asociadas a Ventilación Mecánica en UCI cardiovascular durante el año 2015, se ha mantenido dentro del Promedio histórico del Hospital. Durante el mes de mayo del 2016, no se han registrado casos de Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica; es importante resaltar que se mantuvieron durante el mes 06 pacientes sometidos a V.M., con 28 días de exposición.

2. DAÑOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA

En Mayo, se notificaron un total de 31 casos de notificación obligatoria, de los cuales 19 fueron confirmados, 10 casos descartados y 2 casos probables, siendo el porcentaje de confirmación de 61%.

Daños de Notificación obligatoria según tipo de diagnóstico – HNMD. Mayo 2016

TIPO DE DIAGNÓSTICO	Nº	%
Confirmado	19	61%
Descartado	10	32%
Probable	2	7%
Total general	31	100%

Fuente: Base de datos de VEA HNMD

Así mismo cabe mencionar que del total de casos notificados, los casos de Hepatitis B (10) y Leptospirosis (8) suman más de 50% de casos notificados.

Daños de Notificación obligatoria – HNMD. Mayo 2016

DAÑO	Nº	%
Hepatitis B	10	32%
Leptospirosis	8	26%
Fiebre amarilla selvática	4	13%
Dengue Sin Señales De Alarma	2	6%
Influenza	2	6%
Tos ferina	2	6%
Loxocelismo	1	3%
Dengue Con Señales De Alarma	1	3%
Sífilis congénita	1	3%
Total general	31	100%

Fuente: Base de datos de VEA HNMD

Daños de Notificación obligatoria según sexo – HNMD. Abril 2016

SEXO	Nº	%
Femenino	8	26%
Masculino	23	74%
Total general	31	100%

Fuente: Base de datos de VEA HNMD

Daños de Notificación obligatoria según grupo etareo – HNNDM. Mayo 2016

GRUPO ETARIO	Nº	%
Menores 1 año	4	13%
1-9 años	2	6%
10-19 años	2	6%
20-64 años	20	65%
65 a más	3	10%
Total general	31	100%

Fuente: Base de datos de VEA □ HNNDM

Las tablas 3 y 4 muestran la frecuencia de los casos de notificación obligatoria según sexo y grupo etario. Se observa que en mayo del año 2016 existen 8 casos del sexo femenino y 23 casos del sexo masculino, los menores de 1 año tienen 4 casos, de 1 a 9 años tienen 2 casos, de 10 a 19 años tiene 2 casos, de 20 a 64 años tiene 20 casos y los mayores de 65 tienen 3 casos.

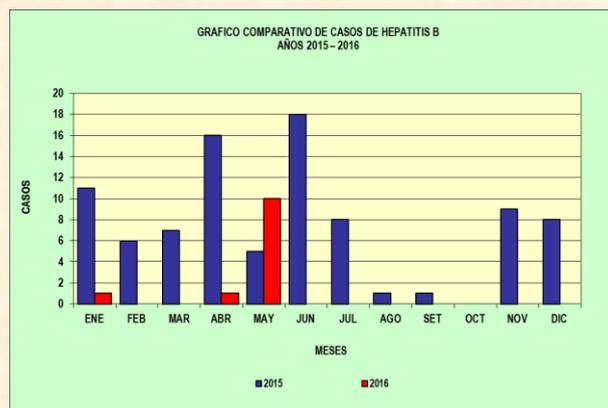
Daños de Notificación obligatoria confirmados – HNNDM. Mayo 2016

DAÑO	Nº	%
Hepatitis B	10	53%
Fiebre amarilla selvática	3	16%
Leptospirosis	3	16%
Dengue con señales de alarma	1	5%
Sífilis congénita	1	5%
Loxocelismo	1	5%
Total general	19	100%

Fuente: Base de datos de VEA □ HNNDM

La tabla muestra la frecuencia de los casos de notificación obligatoria con confirmación diagnóstica, existen 10 casos de Hepatitis B, 3 casos de fiebre amarilla selvática, 3 casos de Leptospirosis, 1 caso de Dengue con señales de alarma, 1 caso de sífilis congénita y 1 caso de Loxocelismo.

Grafico comparativo de Hepatitis B años 2015 – hasta Mayo 2016 – HNNDM.



Fuente: Base de datos de VEA □ HNNDM

La grafica muestra la frecuencia de los casos de Hepatitis B en el 2015 y 2016. Podemos observar que en mayo del 2015 existieron menos casos de Hepatitis B respecto a mayo del 2016.

Casos de diarrea acuosa aguda según grupo etareo y distrito de procedencia – HNNDM. Mayo 2016

DISTRITO	Nº DE CASOS			Total
	< 1 a	1-4 a	5 a+	
LIMA	23	42	62	127
LA VICTORIA	10	30	8	48
SAN LUIS	3	4	0	7
EL AGUSTINO	0	2	3	5
SAN JUAN DE LURIGANCHO	1	2	1	4
SANTA ANITA	0	2	1	3
SAN JUAN DE MIRAFLORES	0	2	1	3
VILLA MARIA DEL TRIUNFO	2	0	0	2
ATE	0	0	2	2
TRANSITO	0	0	1	1
SAN MARTIN DE PORRES	1	0	0	1
SAN BORJA	0	0	1	1
PUENTE PIEDRA	1	0	0	1
SURQUILLO	1	0	0	1
RIMAC	0	1	0	1
Total general	42	85	80	207

Fuente: Base de datos de VEA □ HNNDM

La tabla muestra la frecuencia de los casos de diarrea acuosa aguda según distrito de procedencia y grupo etareo en mayo 2016. Podemos observar que la mayor

cantidad de diarreas acuosas agudas se dio en Lima en el grupo etario de 5 años a más.

Casos de diarrea disintérica según grupo etareo y distrito de procedencia – HNNDM. Abril 2016

DISTRITO	Nº DE CASOS			Total
	< 1 AÑO	1-4 AÑOS	5 a+	
LIMA	0	1	0	1
SURQUILLO	0	1	0	1
Total general	0	2	0	2

Base de datos de VEA □ HNNDM

La tabla muestra la frecuencia de los casos de diarrea disintérica según distrito de procedencia y grupo etario en mayo 2016. Podemos observar que la mayor cantidad de diarreas disintéricas se dio en Lima en niños de 1 a 4 años.

Casos de infección respiratoria aguda según grupo etareo y distrito de procedencia – HNNDM. Mayo 2016

DISTRITO	Nº DE CASOS			Total
	< 2 m	2-11 m	1-4 a	
LIMA	8	70	129	207
LA VICTORIA	3	34	77	114
EL AGUSTINO	0	1	16	17
SAN JUAN DE LURIGANCHO	0	4	6	10
SAN LUIS	0	3	4	7
ATE	0	1	5	6
SANTA ANITA	0	0	6	6
CHORRILLOS	0	1	3	4
SAN JUAN DE MIRAFLORES	0	1	2	3
VILLA MARIA DEL TRIUNFO	0	1	2	3
SURQUILLO	0	2	0	2
VILLA EL SALVADOR	0	0	2	2
TRANSITO	1	0	1	2
SAN BORJA	0	0	2	2
LA MOLINA	0	0	2	2
RIMAC	0	0	2	2
PUENTE PIEDRA	0	1	1	2
CALLAO	0	0	1	1
LOS OLIVOS	0	1	0	1
SAN MARTIN DE PORRES	0	0	1	1
PACHACAMAC	0	0	1	1
CARABAYLLO	0	1	0	1
Total general	12	121	263	396

Base de datos de VEA □ HNNDM

La tabla muestra la frecuencia de los casos de infección respiratoria aguda según grupo etario y distrito de procedencia para el periodo de mayo 2016. La mayor cantidad de casos se dio en Lima en el grupo etareo de

1 a 4 años seguido por La Victoria en el grupo etareo de 1 a 4 años.

Casos de síndrome obstructivo bronquial / asma según grupo etario y distrito de procedencia – HNNDM. Mayo 2016

DISTRITO	Nº DE CASOS		Total
	< 2 a	2-4 a	
LIMA	46	13	59
LA VICTORIA	24	12	36
EL AGUSTINO	3	3	6
SAN JUAN DE LURIGANCHO	1	2	3
SAN LUIS	1	1	2
RIMAC	1	1	2
SANTA ANITA	0	1	1
VILLA MARIA DEL TRIUNFO	1	0	1
SANTIAGO DE SURCO	1	0	1
LOS OLIVOS	1	0	1
SAN BORJA	0	1	1
INDEPENDENCIA	1	0	1
Total general	80	34	114

Base de datos de VEA □ HNNDM

La tabla muestra la frecuencia de los casos de síndrome obstructivo bronquial / asma según grupo etario y distrito de procedencia para el periodo de mayo 2016. La mayor cantidad de casos se dio en Lima en el grupo etario de menores de 2 años seguido por La Victoria en el grupo etario de menores de 2 años.

Casos de neumonía según grupo etario y distrito de procedencia– HNNDM. Mayo 2016

DISTRITO	Nº DE CASOS						Total
	< 2-11 m	1-4 a	5-9 a	10-19 a	20-59 a	60 a+	
LIMA	0	0	1	1	3	6	11
LA VICTORIA	0	0	1	0	1	1	3
TRANSITO	0	0	1	0	0	1	2
PUENTE PIEDRA	0	0	0	0	1	0	1
CHORRILLOS	0	0	0	0	0	0	0
Total general	0	1	3	1	5	8	18

Base de datos de VEA □ HNNDM

La tabla muestra la frecuencia de los casos de neumonía por grupo etario y distrito de procedencia según grupo etario y distrito de procedencia para el periodo de Mayo del 2016. La mayor cantidad de casos de neumonía se dio en Lima en el grupo etario de mayores de 60 años.

Casos hospitalizados de neumonía según grupo etareo y distrito de procedencia – HNDM. Abril 2016

DISTRITO	Nº DE CASOS							Total
	<2m	<2-11 m	1-4 a	5-9 a	10-19 a	20-59 a	60 a +	
LIMA	0	4	8	1	1	3	6	23
LA VICTORIA	0	2	2	1	0	1	1	7
TRANSITO	0	0	2	1	0	0	1	4
SAN LUIS	0	0	1	0	0	0	0	1
SAN BORJA	0	0	1	0	0	0	0	1
RIMAC	0	0	1	0	0	0	0	1
INDEPENDENCIA	1	0	0	0	0	0	0	1
SAN JUAN DE LURIGANCHO	0	0	1	0	0	0	0	1
SANTIAGO DE SURCO	0	0	1	0	0	0	0	1
EL AGUSTINO	0	0	1	0	0	0	0	1
VILLA MARIA DEL TRIUNFO	0	0	1	0	0	0	0	1
LOS OLIVOS	0	0	1	0	0	0	0	1
CHORRILLOS	0	0	1	0	0	0	0	1
PUENTE PIEDRA	0	0	1	0	0	0	0	1
Total general	1	7	20	3	1	5	8	45

Base de datos de VEA □ HNDM

La tabla muestra la frecuencia de los casos hospitalizados por neumonía según grupo etareo y distrito de procedencia para el periodo de Mayo 2016 el mayor número de hospitalizados de neumonía se dio en Lima en el grupo etario de 1 a 4 años.

Casos hospitalizados de neumonía grave + enfermedad muy grave grupo etareo y distrito de procedencia – HNDM. Mayo 2016.

DISTRITO	Nº DE CASOS			Total
	< 2 m	< 2-11 m	1-4 a	
LIMA	0	4	8	12
LA VICTORIA	0	2	2	4
TRANSITO	0	0	2	2
INDEPENDENCIA	1	0	0	1
SAN JUAN DE LURIGANCHO	0	0	1	1
SAN BORJA	0	0	1	1
SANTIAGO DE SURCO	0	0	1	1
SAN LUIS	0	0	1	1
EL AGUSTINO	0	0	1	1
CHORRILLOS	0	0	1	1
VILLA MARIA DEL TRIUNFO	0	0	1	1
LOS OLIVOS	0	1	0	1
RIMAC	0	0	1	1
Total general	1	7	20	28

Base de datos de VEA □ HNDM

La tabla muestra la frecuencia de los casos hospitalizados de neumonía grave + enfermedad muy grave según grupo etario y distrito de procedencia para el periodo de mayo 2016. La mayor cantidad de casos de neumonía se dio en Lima en el grupo etario de 1 a 4 años.

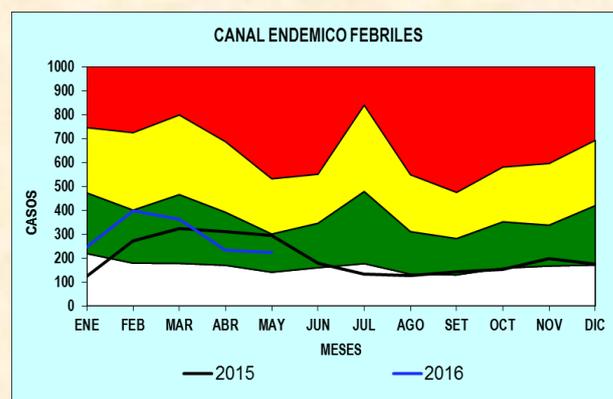
Casos febriles etareo y distrito de procedencia – HNDM. Mayo 2016

DISTRITO	Nº DE CASOS						Total
	<1 a	1-4 a	5-9 a	10-19 a	20-59 a	60 a +	
LIMA	24	57	25	11	16	3	136
LA VICTORIA	12	35	9	4	0	0	60
EL AGUSTINO	0	5	1	0	0	0	6
SAN JUAN DE LURIGANCHO	1	3	0	1	0	0	5
SAN LUIS	2	1	0	0	1	0	4
SANTA ANITA	0	0	2	0	0	0	2
VILLA EL SALVADOR	0	2	0	0	0	0	2
ATE	1	1	0	0	0	0	2
RIMAC	0	0	0	1	0	0	1
LA MOLINA	0	1	0	0	0	0	1
TRANSITO	0	1	0	0	0	0	1
SAN MARTIN DE PORRES	0	1	0	0	0	0	1
VILLA MARIA DEL TRIUNFO	1	0	0	0	0	0	1
PACHACAMAC	0	1	0	0	0	0	1
SURQUILLO	0	0	0	1	0	0	1
SAN JUAN DE MIRAFLORES	0	1	0	0	0	0	1
Total general	41	109	37	18	17	3	225

Base de datos de VEA □ HNDM

La tabla muestra la frecuencia de los casos febriles según grupo etario y distrito de procedencia para el periodo de Mayo 2016. La mayor cantidad de casos febriles se dio en el distrito de Lima para el grupo etario de 1 a 4 años.

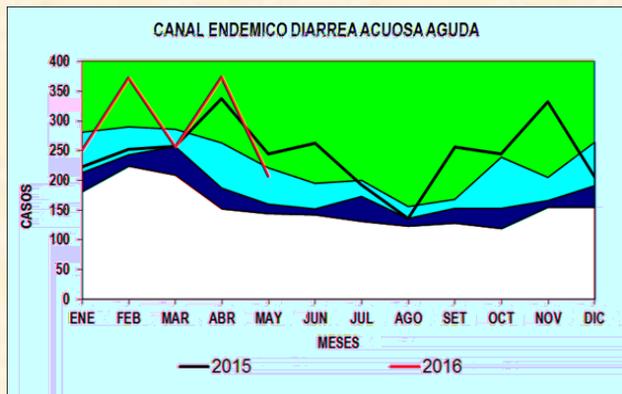
Canal Endémico de casos febriles. 2015 mayo 2016



Base de datos de VEA □ HNDM

La grafica muestra el canal endémico para casos febriles para el periodo de Mayo del 2016. Respecto al año anterior los casos de febriles han disminuido y se encuentran en la zona de seguridad.

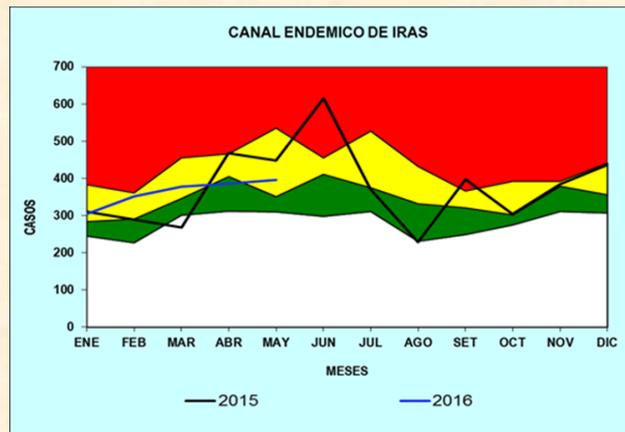
Canal Endémico de Diarrea Acuosa Aguda. 2015 - Mayo 2016



Base de datos de VEA □ HNDM

La grafica muestra el canal endémico para diarrea acuosa aguda para el periodo de Mayo 2016. Respecto al año anterior los casos de diarrea acuosa aguda están disminuyendo sin embargo se encuentran en la zona de riesgo.

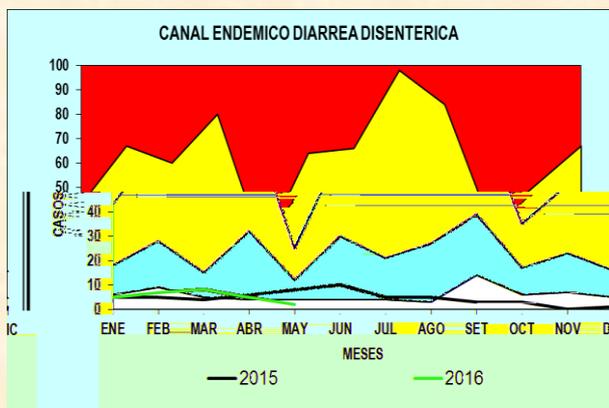
Canal Endémico de IRAS. 2015 - Mayo 2016



Base de datos de VEA □ HNDM

La grafica muestra el canal endémico de IRAS para el periodo de Mayo 2016. Respecto al año anterior los casos de IRAS se han incrementado y se encuentran en la zona de riesgo.

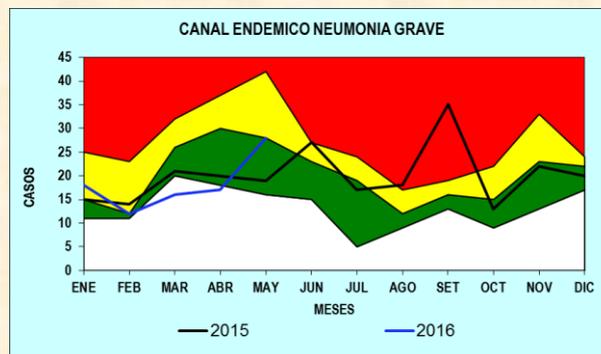
Canal Endémico de Diarrea Disentérica. 2015 - Mayo 2016



Base de datos de VEA □ HNDM

La grafica muestra el canal endémico para diarrea disintérica para el periodo de Mayo 2016. Respecto al año anterior los casos de diarrea disintérica han disminuido y se encuentran en la zona de seguridad.

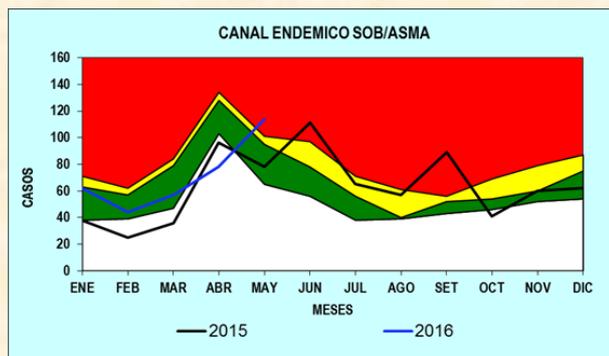
Canal Endémico de Neumonía Grave. 2015 - Mayo 2016



Base de datos de VEA □ HNDM

La grafica muestra el canal endémico de neumonía grave para el periodo de Mayo 2016. Respecto al año anterior los casos de neumonías graves se han incrementado, aunque se encuentran en la zona de éxito.

Canal Endémico de SOB Asma. 2015 – Mayo 2016



Base de datos de VEA □ HNDM

La grafica muestra el canal endémico de sob/asma para el periodo de Mayo 2016. Respecto al año anterior los casos han aumentado y se encuentran en la zona de alarma.

3. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE ACCIDENTES OCUPACIONALES

Durante el mes de Mayo 2016, se notificaron 09 casos (100%) de Accidentes Laborales por exposición a Fluidos Biológicos y/o objetos punzocortantes, no se presentaron accidentes laborales por exposición a Fluidos Biológicos □ Salpicaduras. Además se puede apreciar en el comparativo 2015 que se presentaron 08 casos (80%) de Accidentes laborales por exposición a Objetos punzocortantes y 02 casos (20%) de Accidentes laborales por exposición a Fluidos Biológicos □ Salpicaduras.

Accidentes Laborales por Exposición a fluidos corporales y/o objetos punzocortantes según grupo ocupacional. Mayo - 2016.

Grupo Ocupacional	Salpicadura		Punzocortantes		TOTAL MES		Nº ACUM. A MAY	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Interno Medicina	0	0	2	22	2	22	14	23
Médico Residente	0	0	1	11	1	11	9	15
Enfermera	0	0	2	22	2	22	8	13
Interno de Enfermería	0	0	0	0	0	0	7	11
Personal Limpieza	0	0	0	0	0	0	6	10
Técnico de Enfermería	0	0	1	11	1	11	6	10
Estudiante de enfermería	0	0	0	0	0	0	4	7
Médico Asistente	0	0	0	0	0	0	3	5
Técnico de Laboratorio	0	0	2	22	2	22	2	3
Estudiante de medicina	0	0	1	11	1	11	2	3
Total	0	0	9	100	9	100	61	100

Base de datos de VEA □ 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. En mayo solo se presentaron casos de accidentes por objetos punzocortantes, siendo los Internos de Medicina, Enfermeras y Técnicos de Laboratorio los que presentan el mayor número de casos respectivamente representando en conjunto el 66%.

Accidentes Laborales por Exposición a fluidos corporales y/o objetos punzocortantes según sexo Mayo - 2016.

Sexo	Salpicadura		Punzocortantes		Total Mes		Nº ACUM. A MAY	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Femenino	0	0	6	67	6	67	44	72
Masculino	0	0	3	33	3	33	17	28
Total	0	0	9	100	9	100	61	100

Base de datos de VEA □ HNDM

En Mayo del presente año se observa que la mayor ocurrencia de casos de accidentes laborales por exposición a Fluidos Biológicos y/o objetos punzocortantes se ha presentado en personal de salud de sexo Femenino (67%), seguido del sexo masculino (33%).

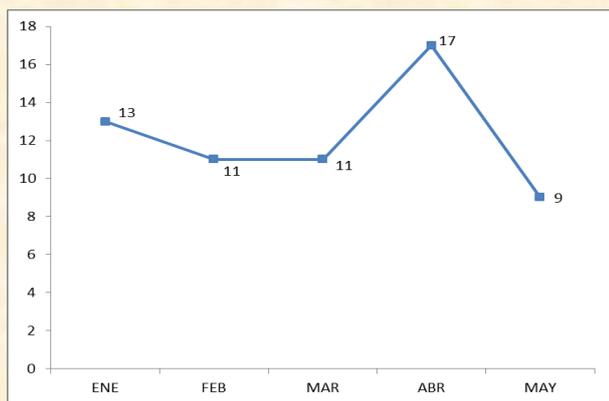
Tendencia por grupo ocupacional del 2016.

Grupo Ocupacional	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	Nº	%
Interno Medicina	4	1	3	4	2	14	23
Médico Residente	3	1	1	3	1	9	15
Enfermera	1	2	2	1	2	8	13
Interno de Enfermería	0	0	0	0	0	7	11
Personal Limpieza	0	0	0	0	0	6	10
Técnico de Enfermería	0	0	1	1	1	6	10
Estudiante de enfermería	0	0	0	0	0	4	7
Médico Asistente	0	0	0	0	0	3	5
Técnico de Laboratorio	0	0	2	2	2	2	3
Estudiante de medicina	0	0	1	1	1	2	3

Base de datos de VEA □ HNDM

La tendencia por meses y distribución por Grupo Ocupacional de Accidentes Laborales por exposición a Fluidos Biológicos y/o Objetos punzocortantes nos muestra que los Internos de Medicina presentan el mayor número de casos (23%), seguido de los Médicos residentes (15%).

Tendencia de los accidentes laborales por exposición a fluidos biológicos y/o objetos punzocortantes 2016.



Base de datos de VEA - HNDM

La Tendencia mensual de Accidentes laborales ha disminuido en el mes de Mayo con 09 casos reportados por exposición a objetos punzocortantes; en relación al mes anterior; llegando a un total de 61 casos hasta la actualidad.

Accidentes laborales por exposición a fluidos corporales según servicio de ocurrencia Mayo 2016.

Servicio donde labora el trabajador	Salpicadura		Punzocortantes		Total Mes		Nº ACUM. A MAY	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Emergencia Adultos	5	8.2	2	3.1	7	11.3	14	23
San Pedro	1	1.6	0	0	1	1.6	6	10
Santa Rosa II	2	3.3	0	0	2	3.3	4	7
El Carmen	1	1.6	0	0	1	1.6	1	2
San Antonio II	1	1.6	0	0	1	1.6	0	3
Julían Arce	0	0	1	1.5	1	1.5	1	3
Cirugía I-4	0	0	0	0	1	1.5	1	3
Cirugía H - 4	0	0	1	1.5	1	1.5	2	3
Santo Toribio	0	0	1	1.5	1	1.5	1	3
Centro Obstétrico	1	1.6	0	0	1	1.6	0	2
SOP Central	0	0	2	3.0	2	3.0	0	2
Neonatología I - 2	0	0	1	1.5	1	1.5	0	2
Patología Clínica y Anatomía Patológica	0	0	0	0	0	0	2	2
Emergencia Pediátrica	0	0	0	0	0	0	1	1
SOP Emergencia	1	1.6	0	0	1	1.6	0	1
UCI	1	1.6	0	0	1	1.6	0	1
Cirugía H-3	0	0	1	1.5	1	1.5	0	1
Santa Ana	0	0	1	1.5	1	1.5	0	1
Pediatría	0	0	1	1.5	1	1.5	0	1
Cirugía Pediátrica	0	0	0	0	1	1.5	0	1
Consultorios Externos	0	0	0	0	0	0	1	1
Diagnóstico por imágenes	0	0	0	0	0	0	1	1
Urología I - 1	0	0	1	1.5	1	1.5	0	1
TOTAL	13	20.0	11	16.9	24	36.9	61	100

Base de datos de VEA - HNDM

Se observa que en el servicio de Patología Clínica y Anatomía Patológica, han ocurrido el mayor porcentaje de accidentes (22%).

Tendencia por servicios del 2016

Servicio	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	Nº	%
Emergencia Adultos	5	2	2	5	0	14	23
San Pedro	1	0	1	4	0	6	10
Santa Rosa II	2	0	1	1	0	4	7
El Carmen	1	1	0	1	1	4	7
San Antonio II	1	1	1	0	0	3	5
Julían Arce	0	1	1	0	1	3	5
Cirugía I-4	0	0	1	1	1	3	5
Cirugía H - 4	0	0	1	2	0	3	5
Santo Toribio	0	1	0	1	1	3	5
Centro Obstétrico	1	0	1	0	0	2	3
SOP Central	0	2	0	0	0	2	3
Neonatología I - 2	0	1	0	1	0	2	3
Patología Clínica y Anatomía Patológica	0	0	0	0	2	2	3
Emergencia Pediátrica	0	0	0	0	1	1	2
SOP Emergencia	1	0	0	0	0	1	2
UCI	1	0	0	0	0	1	2
Cirugía H-3	0	0	1	0	0	1	2
Santa Ana	0	0	1	0	0	1	2
Pediatría	0	1	0	0	0	1	2
Cirugía Pediátrica	0	0	0	1	0	1	2
Consultorios Externos	0	0	0	0	1	1	2
Diagnóstico por imágenes	0	0	0	0	1	1	2
Urología I - 1	0	1	0	0	0	1	2
TOTAL	13	11	11	17	9	61	100

Base de datos de VEA - HNDM

La Tendencia por meses de Accidentes Laborales por exposición a Fluidos Biológicos y/o objetos punzocortantes y por servicio de ocurrencia nos muestra que en el servicio de Emergencia adultos se presenta la mayor ocurrencia de accidentes laborales (23%), por lo que es necesario fortalecer las actividades de supervisión y/o monitoreo de los procedimientos de atención.

Circunstancias asociadas a los accidentes laborales por exposición a objetos punzocortantes Mayo 2016.

Circunstancias asociadas a los accidentes	Salpicadura		Punzocortantes		Total Mes		Nº ACUM. A MAY	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Durante un procedimiento (adm. Tto., inserción CVP, CVC, etc.)	0	0	3	33	3	33	9	15
Durante procedimiento Quirúrgico	0	0	0	0	0	0	6	10
Después de uso de material, antes de descartarlo	0	0	2	22	2	22	5	8
Durante preparación de inyecciones	0	0	0	0	0	0	0	0
En Hospitalarios	0	0	0	0	0	0	0	0
Durante procedimiento de sujeción	0	0	1	11	1	11	1	1
Al momento de manipular material usado	0	0	1	11	1	11	1	1
Al finalizar el procedimiento (resaca de material, catéteres, CVP, CVC, etc.)	0	0	1	11	1	11	1	1
Durante preparación de inyecciones (mixtura de medicamentos)	0	0	0	0	0	0	0	0
Durante procedimiento de sujeción de la aguja	0	0	0	0	0	0	0	0
Material fue dejado en lugar inadecuado	0	0	0	0	0	0	0	0
Durante la segregación de objetos punzocortantes	0	0	1	11	1	11	1	1
En sala	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	0	0	9	100	9	100	9	15

Base de datos de VEA - 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 de administración de tratamiento, inserción de CVP, CVC, etc. (33%).

Turnos asociados a los accidentes laborales por exposición a objetos punzocortantes. Mayo 2016.

Turno en que sucedió el accidente	Salpicadura		Punzocortantes		Total Mes		N° ACUM. A MAY	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Mañana	0	0	6	67	6	67	30	49
Tarde	0	0	2	22	2	22	12	20
Noche	0	0	1	11	1	11	19	31
Total	0	0	9	100	9	100	61	100

Base de datos de VEA □ 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 (67%), seguido de los turnos vespertinos (22%).

Grado de accidente asociado a los accidentes laborales por exposición a objetos punzocortantes. Mayo 2016.

Grado de accidente	Punzocortantes		N° ACUM. A MAY	
	N°	%	N°	%
Superficial	9	100	53	87
Moderado	0	0	8	13
Total	9	100	61	100

Base de datos de VEA □ HNDM

Las definiciones de severidad de accidentes están en relación al sangrado posterior al hecho, siendo superficial (sin sangrado 100%).

Estado de vacuna asociados a los accidentes laborales por exposición a objetos punzocortantes. Mayo 2016

Estado de vacunación para VHB en el trabajador	Salpicadura		Punzocortantes		Total Mes		N° ACUM. A MAY	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Una dosis	0	0	0	0	0	0	3	5
Dos dosis	0	0	1	11	1	9	10	16
Tres dosis	0	0	8	89	8	73	48	79
Total	0	0	9	100	9	82	61	100

Base de datos de VEA □ HNDM

En lo referente a la protección basada en la vacunación contra la Hepatitis B en Mayo del presente año, se observa que el 89% de los trabajadores de salud expuestos cuenta con las dosis completas de vacuna de Hepatitis B y el 11% de los trabajadores expuestos no cuenta con las dosis completas de vacuna de hepatitis B.

Tipo de dispositivo asociado a los accidentes laborales por exposición a objetos punzocortantes. Mayo 2016.

Tipo de dispositivo que ocasionó el accidente laboral	Punzocortantes		N° ACUM. A MAY	
	N°	%	N°	%
Aguja hueca	7	78	46	85
Quirúrgico	1	11	6	11
Vidrio	1	11	1	2
Otros	0	0	1	2
Total	9	100	54	100

Base de datos de VEA □ HNDM

El 78% de los Accidentes laborales por exposición a objetos punzocortantes fueron ocasionados por aguja hueca.

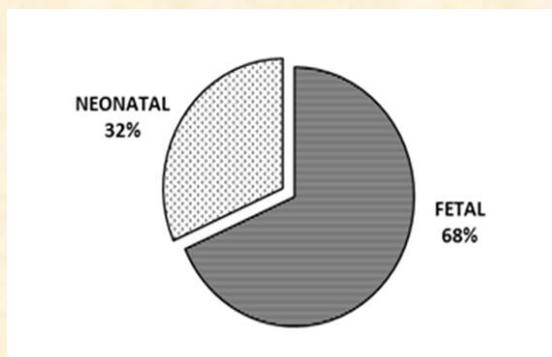
Dispositivos específicos asociados a los accidentes laborales por exposición a objetos punzocortantes. Mayo 2016.

Especificar el dispositivo que se uso	Punzocortantes		N° ACUM. A MAY	
	N°	%	N°	%
Jeringa Descartable	6	67	33	61
Aguja de sutura	0	0	1	2
Agujas hipodérmicas solas	0	0	4	7
Lanceta de punción de dedo o talón	1	11	6	11
Bisturí descartable	0	0	3	6
Agujas de catéter EV	0	0	1	2
Tubo de ensayo	1	11	1	2
Tijeras	0	0	1	2
Otros	1	11	4	7
Total	9	100	54	100

Base de datos de VEA □ HNDM

En Mayo del presente año, el dispositivo específico al que estuvieron relacionados los accidentes laborales por exposición a objetos punzocortantes fue por jeringas descartables (67%).

Distribución de Muertes Fetales y Neonatales – HNMD Mayo 2016



Fuente: Vigilancia Epidemiológica Mortalidad Perinatal □ HNMD

Muertes Fetales y Neonatales, según peso al nacer y Tipo de Parto, según peso al nacer y momento de muerte, Hasta Mayo – 2016

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 gms	5	0	5	0	5	0	2	0	0	2	2
1000 - 1499 gms	2	1	3	0	3	0	3	1	2	0	3
1500 - 1999 gms	3	0	3	0	3	1	0	0	1	0	1
2000 - 2499 gms	1	1	2	0	2	0	0	0	0	0	0
2500 - 2999 gms	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3000 - 3499 gms	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3500 - 3999 gms	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4000 - 4499 gms	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
>=4500 gms	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	11	2	13	0	13	1	5	1	3	2	6

Fuente: Vigilancia Epidemiológica Mortalidad Perinatal □ HNMD

Hasta Mayo del presente año se muestra en la Tabla N° 01 (Aplicativo Analítico BABIES), se han presentado 19 casos de Mortalidad Perinatal, de los cuales 13 Muertes son Fetales y 06 Muertes son Neonatales.

El patrón epidemiológico de las Muertes Neonatales fue con edades gestacionales de 27 a 35 semanas de gestación, con pesos de 500 □ 1.999 gramos, con CPN insuficientes, nacidos de parto por cesárea; siendo la causa básica de Mortalidad Neonatal por Prematuridad Extrema y Enfermedad de Membrana Hialina.

Así mismo se han presentado 13 casos de Mortalidad Fetal, con edades gestacionales de 21 a 35 semanas, pesos de 500 □ 2.499 gramos; siendo la causa básica de Muerte fetal desconocida en la mayoría de ellos, con CPN insuficiente, nacidos de parto vaginal en su mayoría. En el presente mes de Mayo del presente año,

se han presentado 02 casos de óbitos fetales nacidos de parto domiciliario.

Muerte Fetal según codificación CIE – 10 y peso al Nacimiento, Hasta Mayo – 2016

DIAGNOSTICOS	CODIGO CIE X	PESO AL NACIMIENTO						TOTAL
		500 - 999 gms.	1000 - 1499 gms.	1500 - 1999 gms.	2000 - 2499 gms.	2500 - 2999 gms.	>3000 gms.	
MUERTE FETAL DE CAUSA NO ESPECIFICADA	P95	4	3	2	1	0	0	10
ANENCEFALIA	Q01.0	0	0	0	1	0	0	1
MALFORMACION CONGENITA	Q99.9	1	0	0	0	0	0	1
DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA	P02.1	0	0	1	0	0	0	1
TOTAL GENERAL		5	3	3	2	0	0	13

Fuente: Vigilancia Epidemiológica Mortalidad Perinatal □ HNMD

Según codificación CIE-10 las causas básicas de Mortalidad Fetal fueron por Muerte Fetal de causa no especificada (77%), seguido de Malformación congénita (8%).

Muerte Neonatal según codificación CIE – 10 y peso al Nacimiento, Hasta Mayo – 2016

DIAGNOSTICOS	CODIGO CIE X	PESO AL NACIMIENTO						TOTAL
		500 - 999 gms.	1000 - 1499 gms.	1500 - 1999 gms.	2000 - 2499 gms.	2500 - 2999 gms.	>3000 gms.	
INMATURIDAD EXTREMA	P07.2	2	0	0	0	0	0	2
ENFERMEDAD DE MEMBRANA HIALINA	P22.0	0	2	0	0	0	0	2
GASTROSQUISIS	Q79.3	0	0	1	0	0	0	1
ASFIXIA PERINATAL	P21.0	0	1	0	0	0	0	1
TOTAL GENERAL		2	3	1	0	0	0	6

Fuente: Vigilancia Epidemiológica Mortalidad Perinatal □ HNMD

La causa más frecuente de Mortalidad Neonatal, hasta la fecha es por Inmadurez extrema (33%), Enfermedad de Membrana Hialina (33%) seguido de Asfixia, y Gastosquisis con el 17% respectivamente.

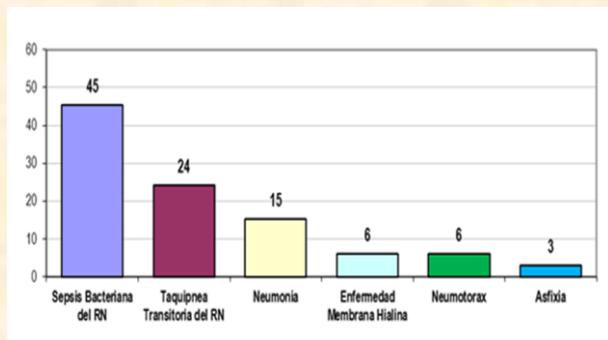
Grafica N° 02: tipos de mortalidad fetal y neonatal, hasta Mayo 2016.



Fuente: Vigilancia Epidemiológica Mortalidad Perinatal - HNMD

Hasta Mayo del presente año, las causas más frecuentes de Mortalidad Perinatal son Muerte Fetal de causa no especificada (53%), seguido de Prematuridad extrema y/o Enfermedad Membrana Hialina con (11%) respectivamente.

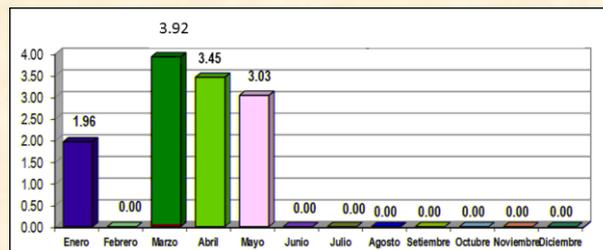
Grafico N° 03: complicaciones Neonatales, HNMD-2016



Fuente: Vigilancia Epidemiológica Mortalidad Perinatal - HNMD

Durante Mayo del presente año se atendieron 33 recién nacidos complicados; con 01 Muerte neonatal, por Enfermedad de Membrana Hialina + Síndrome Dismórfico. Las complicaciones más frecuentes siguen siendo la Sepsis Neonatal con 15 casos (45%), seguido de Taquipnea transitoria del RN con 08 casos (24%).

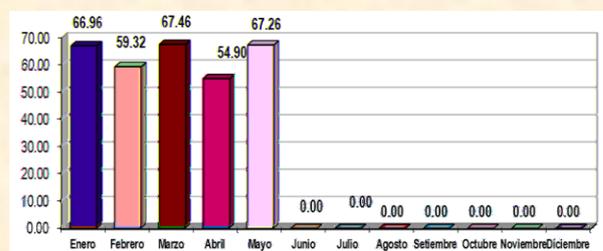
Grafico N°04: Tasas de Letalidad de complicaciones Neonatales hasta Mayo 2016



Fuente: Vigilancia Epidemiológica Mortalidad Perinatal - HNMD

Respecto a la Letalidad, en Mayo del presente año se han presentado un caso de Mortalidad Neonatal con una tasa de letalidad (3.03%).

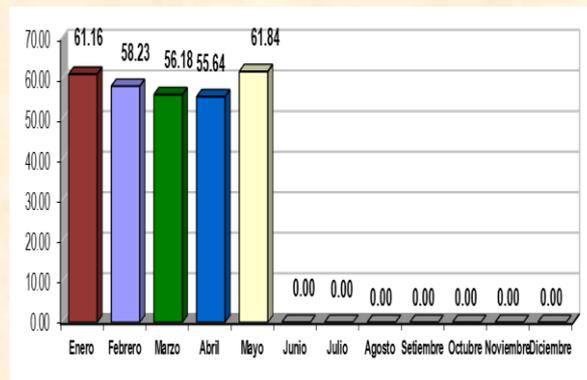
Grafico N°05: Tasa de incidencia de Bajo peso al nacer, hasta Mayo - 2016



Fuente: Vigilancia Epidemiológica Mortalidad Perinatal - HNMD

Además se observa que la Tasa de incidencia de bajo peso al nacer es de 67.26 x 1000 recién nacidos vivos.

Grafico N°06: Tasa de Cesárea general, hasta mayo - 2016

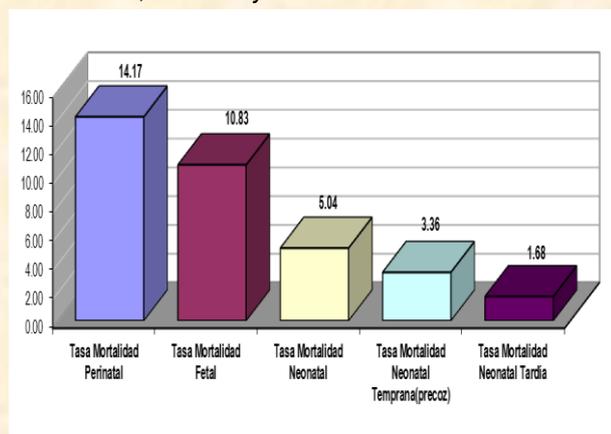


Fuente: Vigilancia Epidemiológica Mortalidad Perinatal - HNMD

La proporción de partos complicados sigue siendo alta (61.84%), dado que el HNMD es un Establecimiento de referencia nacional. En Mayo la tasa de cesárea general fue de 62.28 %. La tasa de cesárea en RN de bajo peso al nacer fue de 5.70 %, cifra afectada por el gran porcentaje de cesáreas de emergencia y factores maternos intrínsecos, la tasa de cesárea en RN grande

para la edad gestacional fue de 4.39% y la tasa de cesárea con RN macrosómico es de 2.63%.

Grafico N° 7: Tasas de mortalidad fetal y neonatal acumuladas, hasta mayo 2016



Fuente: Vigilancia Epidemiológica Mortalidad Perinatal – HNMD

En relación a Tasas de Mortalidad se puede apreciar hasta Mayo del presente año, que la Tasa de Mortalidad Perinatal es de 14.17 x 1000 nacimientos, la tasa de Mortalidad Neonatal fue de 5.04 x 1000 RN Vivos, la tasa de mortalidad neonatal temprana fue de 3.36 x 1000 RN Vivos, la tasa de mortalidad neonatal tardía fue de 1.68 x RN Vivos y la Tasa de Mortalidad Fetal es de 10.83 x 1000 nacimientos.

5. EVALUACIÓN POR DEPARTAMENTOS DEL MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS HOSPITALARIOS

: evaluación por departamentos del manejo de residuos sólidos hospitalarios mes de Mayo 2016.

DEPARTAMENTOS	CALIFICACION		
	BUENO (%)	REGULAR (%)	MALO (%)
DEPARTAMENTO DE MEDICINA		100	
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MEDICA	67	33	
DEPARTAMENTO DE CIRUGIA	17	83	
DEPARTAMENTO DE GINECO- OBSTETRICIA		100	
DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA	100		
DPTO. DE ODONTOESTOMATOLOGIA	100		
DPTO. DE DIAGNOSTICO POR IMÁGENES		100	
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA	100		
DPTO. DE ANESTESIOLOGIA Y CENTRO QX	67	33	
DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA		100	
DEPARTAMENTO DE FARMACIA	100		
DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA CLINICA	100		
DEPARTAMENTO DE BANCO DE SANGRE Y HEMOT.	100		
DEPARTAMENTO DE CIRUGIA DE TORAX Y CARD.	100		

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

Fuente: Vigilancia Epidemiológica Mortalidad Perinatal □ HNMD

En la evaluación del manejo de residuos sólidos, en el mes de Mayo del 2016, los Departamentos de Pediatría,

Odontología, Enfermería, Farmacia, Patología Clínica, Banco de sangre y Hemoterapia, Cirugía de Tórax y Cardiovascular obtuvieron una evaluación buena de 100%.

Los Departamentos de Especialidades Médicas y de Anestesiología y Centro Quirúrgico obtuvieron un 67% de calificación bueno y 33% de calificación regular, en tanto el Departamento de Cirugía obtuvo un 17% de calificación bueno y 83% de regular. El Departamento de Medicina, Gineco □ Obstetricia, de Diagnóstico por Imágenes y Emergencia obtuvieron al 100% de calificación regular.

**OFICINA DE
EPIDEMIOLOGIA Y
SALUD AMBIENTAL
(OESA)**

Jefe

Dr. Jaime Alvarezcano Berroa

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

Dr. Jaime Álvarezcano 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

Sr. Juan del Águila Arévalo

**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

Secretaria

Sra. Julissa Llaja Arévalo

Elaboración y Edición

MC. Hugo Guillermo Quezada Pinedo

Auditor en Salud

MR1Gestión en Salud

Equipo de Trabajo de VEA

Patrimonio Histórico



**Parque "Historia de la Medicina
Peruana"**

Altura Cuadra 13 Av. Grau - Lima 1.

TELÉFONOS:

C. T. (51) 3280028 Anexo 234

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

CORREO ELECTRÓNICO

hdosdemayo@yahoo.es

ACTUALIDAD EN EPIDEMIOLOGÍA

Klebsiella Pneumoniae KPC

El surgimiento de enterobacterias resistentes a los Carbapenemes es un hecho de suma gravedad pues limita aún más el ya reducido arsenal terapéutico, para combatir la infecciones intrahospitalarias producidas principalmente por bacterias productoras de betalactamasas de espectro extendido (8).

La Klebsiella Pneumoniae KPC forma parte de este grupo de microorganismos que son capaces de producir enzimas denominadas carbapenemasas, y que por medio de diferentes mecanismos confieren a estas, un patrón de multiresistencia a los Betalactámicos y a otras familias de antibióticos.

Los brotes iniciales de infecciones por Klebsiella Pneumoniae productora de Carbapenemasas o K. Pneumoniae KPC fueron localizados en EE.UU. en el estado de Carolina del Norte en el año 1996. Posteriormente, en el año 2005, se produce el primer reporte internacional de infección por K. Pneumoniae KPC que fue documentado en París (Francia). En Latinoamérica, el primer reporte de aislamientos de KPC se realizó en Medellín (Colombia), también en el año 2005 (9). En el Perú, el primer reporte de caso de KPC se dio en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, en el año 2013 (10).

En relación a los principales factores de riesgo, la literatura ha encontrado asociación comórbida con el trasplante de médula ósea u órgano sólido, ventilación mecánica asistida, exposición a antimicrobianos (carbapenem, fluoroquinolonas, cefalosporinas y glucopéptidos), pacientes con patologías severas, internados en la UCI y con estancia prolongada. (11, 12, 13)

Las infecciones clínicas usualmente consisten en bacteremia, neumonía asociada a ventilación mecánica, infecciones urinarias y quirúrgicas. Este tipo de infecciones han sido asociadas con incrementos de los costos y prolongación de la internación, fallos terapéuticos y mayor mortalidad. Globalmente, presentan una mortalidad atribuible de alrededor del 30-50%.

Se presentan dificultades metodológicas para la correcta detección de estas cepas, existiendo falsos positivos lo cual puede plantear complicaciones en el correcto diagnóstico y tratamiento de estas infecciones. Para su detección se incluyen de manera general: la búsqueda activa en pacientes colonizados (mediante el estudio de muestra de hisopado rectal), el estudio fenotípico y molecular de la enterobacteria. El estudio fenotípico incluye pruebas de susceptibilidad realizadas mediante métodos de difusión o sistemas automatizados (ej., Phoenix, Vitek, Microscan). Cabe destacar que los métodos de referencia para determinar la CIM - como la microdilución en caldo y la dilución en agar - son más sensibles que la difusión en disco, el Etest (bioMerieux) y los sistemas automatizados (14, 15)

La CDC, señalan una serie de medidas para el control de estas infecciones, entre las que destacan temprana detección de los pacientes portadores de cepas KPC, lavado de manos, educación del personal de salud, uso controlado de antibióticos y el cierre temporal de la unidad de cuidados intensivos (16).

Referencias bibliográficas

1. Alerta epidemiológica: Intensificación de la transmisión del virus Zika en las Américas y el riesgo de su introducción en el Perú. [Serie en internet]. [Citado 2016 Junio 16]. [Aproximadamente 3p.]. <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/alertas/2016/AE001.PDF>.
2. Preparación y respuesta ante emergencias. Infección por el virus de Zika □ Perú. [Serie en internet]. [Citado 2016 Junio 16]. [Aproximadamente 1p.]. <http://www.who.int/csr/don/21-april-2016-zika-peru/es/>.
3. Minsa activa el Comité Operativo de Emergencia Nacional de Salud para Prevención y Control de Zika. [Serie en internet]. [Citado 2016 Junio 16]. [Aproximadamente 1p.]. <http://www.minsa.gob.pe/?op=51¬a=18548>.
4. Carod-Artal, F. Epidemiología y complicaciones neurológicas de la infección por el virus del Zika: un nuevo virus neurotrófico emergente. *Rev Neurol.* 2016; 62 (7): 317-328. [Internet] 2016 [cited 2016 Junio 16]. <http://www.neurologia.com/pdf/Web/6207/bp070317.pdf>
5. Alerta epidemiológica: Intensificación de la transmisión del virus Zika en las Américas y el riesgo de su introducción en el Perú. [Serie en internet]. [Citado 2016 Junio 16]. [Aproximadamente 3p.]. <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/alertas/2016/AE001.PDF>
6. Tolosa Pérez, N. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública. Enfermedad por Virus Zika. Instituto Nacional de Salud, Colombia. 2016.
7. Carod-Artal, F. Epidemiología y complicaciones neurológicas de la infección por el virus del Zika: un nuevo virus neurotrófico emergente. *Rev Neurol.* 2016; 62 (7): 317-328. [Internet] 2016 [cited 2016 Junio 16]. <http://www.neurologia.com/pdf/Web/6207/bp070317.pdf>
8. Velásquez, J. et al. *Klebsiella pneumoniae* resistente a los Carbapenemes. Primer caso de Carbapenemasa tipo KPC en Perú. *Rev Soc Peru Med Interna* 2013; vol 26 (4).
9. Montúfar-Andrade, F. et al. Experiencia clínica con infecciones causadas por *Klebsiella pneumoniae* productora de Carbapenemasa, en una institución de enseñanza universitaria en Medellín, Colombia. *Infectio.* 2016; 20(1):17-24.
10. Velásquez, J. et al. *Klebsiella pneumoniae* resistente a los Carbapenemes. Primer caso de Carbapenemasa tipo KPC en Perú. *Rev Soc Peru Med Interna* 2013; vol 26 (4).
11. Patel, G. et al. Outcomes of carbapenem-resistant *Klebsiella pneumoniae* infection and the impact of antimicrobial and adjunctive therapies. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2008; 29: 1099-106. <http://dx.doi.org/10.1086/592412>.
12. Schwaber, M. et al. Predictors of carbapenem-resistant *Klebsiella pneumoniae* acquisition among hospitalized adults and effect of acquisition on mortality. *Antimicrob Agents Chemother.* 2008;52:1028-33. <http://dx.doi.org/10.1128/AAC.01020-07>.
13. Muñoz-Price, L. et al. Clinical epidemiology of the global expansion of *Klebsiella pneumoniae* carbapenemases. *Lancet Infect Dis.* 2013;13:785-96. [http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099\(13\)70190-7](http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099(13)70190-7).
14. Endimiani, A. et al. Evaluation of updated interpretative criteria for categorizing *Klebsiella pneumoniae* with reduced carbapenem susceptibility. *J Clin Microbiol* 2010; 48: 4417-25.
15. Vading M. et al. Comparison of disk diffusion, Etest and VITEK2 for detection of carbapenemase-producing *Klebsiella pneumoniae* with the EUCAST and CLSI breakpoint systems. *Clin Microbiol Infect* 2011; 17: 668 74.
16. Velásquez, J. et al. *Klebsiella pneumoniae* resistente a los Carbapenemes. Primer caso de Carbapenemasa tipo KPC en Perú. *Rev Soc Peru Med Interna* 2013; vol 26 (4).