



EDITORIAL

CONTENIDO

EDITORIAL *pág. 1*

1. VIGILANCIA
EPIDEMIOLÓGICA DE
LAS INFECCIONES
INTRAHOSPITALARIAS
pág. 2-6
 2. DAÑOS DE
NOTIFICACIÓN
OBLIGATORIA
pág. 6-10
 3. VIGILANCIA
EPIDEMIOLÓGICA DE
ACCIDENTES
OCUPACIONALES
pág. 10-12
 4. VIGILANCIA
EPIDEMIOLÓGICA DE
MORTALIDAD
NEONATAL Y FETAL
pág. 12-13
 5. EVALUACIÓN POR
DEPARTAMENTOS DEL
MANEJO DE RESIDUOS
SÓLIDOS
HOSPITALARIOS
pág.13
- ACTUALIDAD EN
EPIDEMIOLOGÍA
pág. 14

KLEBSIELLA PNEUMONAE PRODUCTORA DE CARBAPENEMASA UNA AMENAZA ACTUAL

La *Klebsiella pneumoniae* es una de la enterobacterias, más frecuentemente encontradas en ambientes hospitalarios y debido al gen productor de carbapenemasa (KPC), su importancia en la resistencia antibiótica ha incrementado el riesgo de infecciones intrahospitalarias asociadas a pacientes críticos con factores de exposición por procedimientos invasivos (ventilación mecánica, catéteres, etc.) e internamiento prolongado.

Desde el 2001 se describe su presencia con altas tasas de morbilidad y mortalidad; el 2007 el CDC⁽¹⁾ reportó que el 8% de todos los aislamientos de *Klebsiella* fueron KPC (*Klebsiella pneumoniae* productora carbapenemasa), comparado con menos de 1% en el 2000, la aparición de KPC en varios lugares del mundo muestran un comportamiento endémico y epidémico; la importancia de su presencia radica en la capacidad que posee de ofrecer resistencia a todos los antibióticos Betalactámicos limitando las opciones terapéuticos^(1,2).

Las Betalactamasas que poseen una actividad de carbapenemasas constituyen los más poderosos mecanismos de resistencia a los Carbapenemes (Unipenem y Meropenem). Estas Carbapenemasas son identificadas de manera creciente en las enterobacterias principalmente de tipo KPC, descrita inicialmente en EEUU y que posee en la actualidad una difusión mundial, esta fue detectada por primera vez en el país en el Hospital Arzobispo Loayza-2013. Este hallazgo se ha realizado en el hemocultivo positivo a *Klebsiella pneumoniae* de una paciente diagnosticada de Lupus Eritematoso Sistémico (LES), en hemodiálisis y tratada con diversas asociaciones de antibióticos (que incluye carbamepenes), debido a las infecciones nosocomiales que adquirió durante su hospitalización (infección urinaria, neumonía y sepsis). El hallazgo fue confirmado en el Instituto Nacional de Salud (INS), mediante pruebas fenotípicas y moleculares⁽³⁾.

Las medidas de prevención y control:

- 1.-Medidas de Administración, destinadas a afrontar las crisis de la presencia de estos agentes (elaboración de Planes de Contingencia, Guías de práctica Clínica para la Atención de los Pacientes infectados o colonizados).
- 2.-Medidas generales y específicas de prevención y control, destinadas a evitar la diseminación de casos (uso de precauciones estándar, precauciones de acuerdo al mecanismo de transmisión, - aislamiento por contacto: en cohorte de pacientes infectados o general en pacientes críticos y respecto al personal correcto lavado de manos, usos de equipos de protección personal y racionalizar el uso de procedimientos invasivos).
- 3.-Vigilancia epidemiológica, fortalecer la notificación de casos sospechosos a agentes resistentes y fomentar la búsqueda activa e identificación de pacientes colonizados o infectados en coordinación con Laboratorio.
- 4.-Laboratorio, revisar y fortalecer el diagnóstico de KPC y la búsqueda de portadores de acuerdo a protocolos previamente establecidos. Fortalecer la vigilancia microbiológica.
- 5.-Promover el uso racional de antibióticos.
- 6.-Educación e información en medidas de prevención y control a los visitantes y al personal de salud.
- 7.-Higiene ambiental y limpieza y desinfección exhaustiva de ambientes y mobiliario del establecimiento de salud.

1. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD (IAAS).

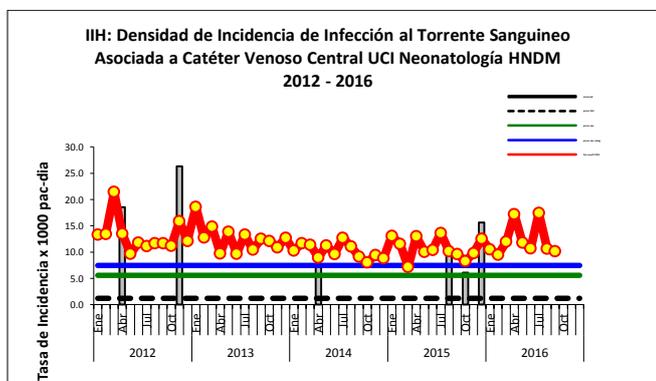
Las IAAS es aquella condición local o sistémica resultante de una reacción adversa a la presencia de un agente infeccioso o a su toxina(s) que ocurre en un paciente en un escenario de atención de salud (hospitalización o ambulatoria) y que no estaba presente en el momento de la admisión, a menos que la infección esté relacionada a una admisión previa. Asimismo incluyen las infecciones ocupacionales contraídas por el personal sanitario. Las IAAS pueden ser causadas por agentes infecciosos a partir de fuentes endógenas (zonas del cuerpo del paciente, tales como la piel, nariz, boca, tracto gastrointestinal, o vagina que normalmente están habitadas por microorganismos. o exógenas (son externas al paciente, tales como el personal de salud, visitantes, equipos, dispositivos médicos, o el entorno sanitario. constituyen un problema de salud pública importante debido a la frecuencia con que se producen, la morbilidad y mortalidad que provocan, y la importante carga que imponen a los pacientes, al personal sanitario y a los sistemas de salud.

La Vigilancia Epidemiológica de IAAS, permite identificar los tipos más comunes de IAAS como las infecciones de sitio quirúrgico, de vías urinarias, de torrente sanguíneo y las neumonías. Asimismo permiten detectar brotes y epidemias, y sirven para medir el impacto de las medidas de prevención y control ⁽¹⁾.

Para efectos de este boletín, se han considerado la información entregada por cada servicio que representa la vigilancia epidemiológica hasta el mes de setiembre del 2016.

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 setiembre del año 2016. Estuvieron sometidos a vigilancia epidemiológica 13 pacientes con 102 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 Nº 1-1.*

Gráfico Nº 1-1: Densidad de Incidencia de Infección al Torrente Sanguíneo Asociada a Catéter Venoso Central. UCI Neonatología. Setiembre 2016

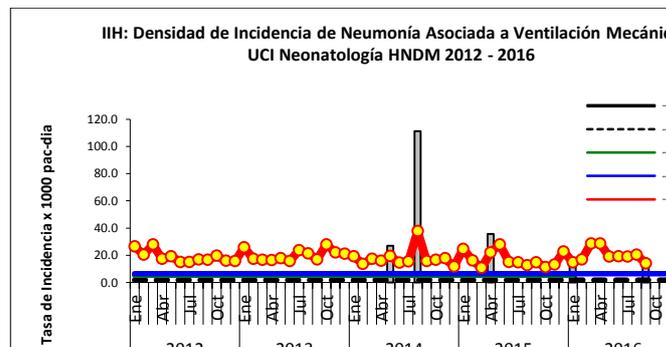


Fuente: Base de datos de VIIIH- HNDM

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.

En la Unidad de Cuidados Intensivos de Neonatología se ha presentado 01 caso de Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica en pacientes neonatos durante el mes de setiembre del 2016, sin embargo se vigilaron 11 pacientes sometidos a 77 días de exposición. *Gráfico Nº 1-2.*

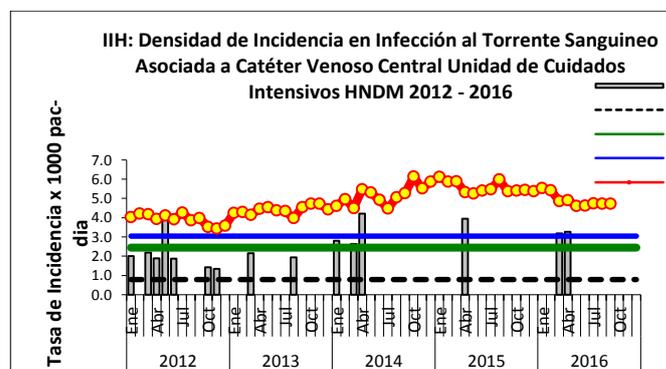
Gráfico Nº 1-2: Densidad de Incidencia de Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica. UCI Neonatología. HNDM. Setiembre 2016



Fuente: Base de datos de VIIIH- 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 setiembre del 2016, se mantuvieron en vigilancia 54 pacientes con 338 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 Nº 1-3*

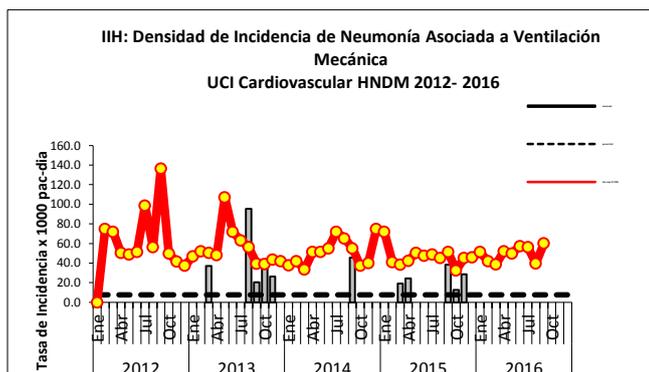
Gráfico Nº 1-3: Densidad de Incidencia de Infección al Torrente Sanguíneo Asociada a Catéter Venoso Central. UCI. HNDM. Setiembre 2016



Fuente: Base de datos de VIIIH- HNDM

La tendencia de las Neumonías Asociadas a Ventilación Mecánica en la Unidad de Cuidados Intensivos durante el año 2015 se ha mantenido por debajo del Promedio Nacional y del Promedio Nacional por Categoría. Durante el mes de setiembre del 2016, se han registrado dos casos de Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica que representa una tasa de densidad de incidencia de 7.94 x 1000 días/VM; pero se ha mantenido la Tasa por debajo del Promedio Nacional y Promedio Nacional por Categoría, es importante resaltar que se mantuvieron durante el mes 38 pacientes sometidos a V.M., con 252 días de exposición. *Gráfico Nº 1-4*

Gráfico N° 1-4.: Densidad de Incidencia de Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica. UCI. HNMD. Setiembre 2016

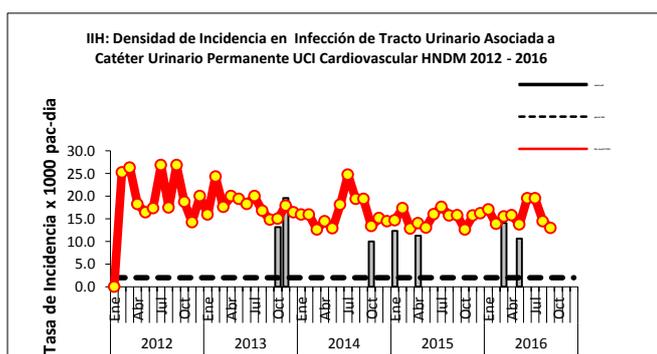


Fuente: Base de datos de VIIIH- HNMD

La tendencia de las Neumonías Asociadas a Ventilación Mecánica en la Unidad de Cuidados Intensivos durante el año 2015 se ha mantenido por debajo del Promedio Nacional y del Promedio Nacional por Categoría. Durante el mes de setiembre del 2016, se han registrado dos casos de Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica que representa una tasa de densidad de incidencia de 7.94 x 1000 días/VM; pero se ha mantenido la Tasa por debajo del Promedio Nacional y Promedio Nacional por Categoría, es importante resaltar que se mantuvieron durante el mes 38 pacientes sometidos a V.M., con 252 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° 1-5.

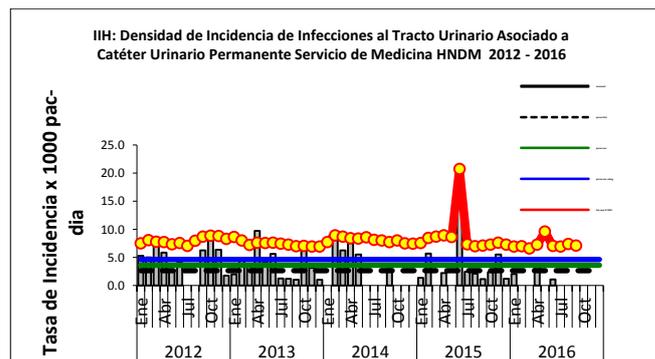
Gráfico N° 1-5.: Densidad de Incidencia de Infección de Tracto Urinario Asociado a Catéter Urinario Permanente. UCI. HNMD. Setiembre 2016



Fuente: Base de datos de VIIIH- HNMD

En la Unidad de Cuidados Intensivos durante el mes de setiembre del año 2016, se reportaron dos casos de Infección Urinaria Asociada a Catéter Urinario Permanente, que representa una tasa de densidad de incidencia de 5.68 x 1000 días/catéter, sobrepasando el Promedio Nacional, Promedio Histórico y Promedio Nacional por Categoría. En el mes se identificaron 61 pacientes vigilados con 352 días de exposición.

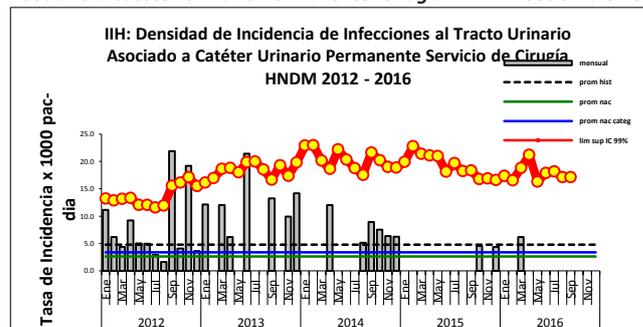
Gráfico N° 1-6.: Densidad de Incidencia de Infección de Tracto Urinario Asociado a Catéter Urinario Permanente. Setiembre. HNMD. Julio 2016



Fuente: Base de datos de VIIIH- HNMD

En el Departamento de Cirugía durante el mes de setiembre del año 2016 no se han reportado casos de ITU asociada a CUP. Se han vigilado 37 pacientes con 208 días de exposición. De todos modos se implementará la metodología Bundle, mediante la aplicación de las listas de cotejo como medida preventiva. Gráfico N° 1-7

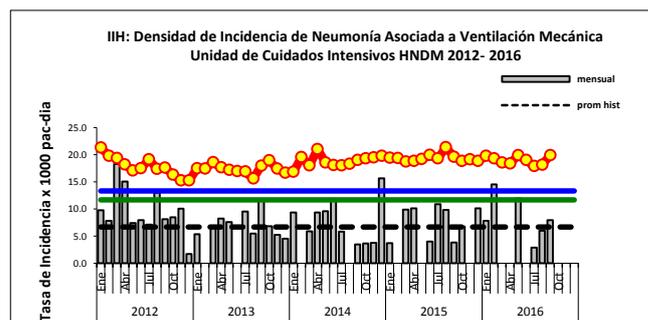
Gráfico N° 1-7.: Densidad de Incidencia de Infección de Tracto Urinario Asociado a Catéter Urinario Permanente. Cirugía. HNMD. Setiembre 2016



Fuente: Base de datos de VIIIH- HNMD

La tendencia de las Neumonías Asociadas a Ventilación Mecánica en la Unidad de Cuidados Intensivos durante el año 2015 se ha mantenido por debajo del Promedio Nacional y del Promedio Nacional por Categoría. Durante el mes de setiembre del 2016, se han registrado dos casos de Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica que representa una tasa de densidad de incidencia de 7.94 x 1000 días/VM; pero se ha mantenido la Tasa por debajo del Promedio Nacional y Promedio Nacional por Categoría, es importante resaltar que se mantuvieron durante el mes 38 pacientes sometidos a V.M., con 252 días de exposición. Gráfico N° 1-8.

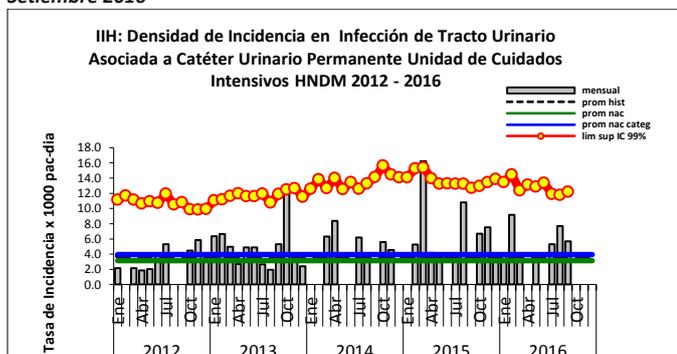
Densidad de Incidencia de Neumonía Asociada a Ventilación UCI Cardiovascular. HNMD. Setiembre 2016



Fuente: Base de datos de VIIIH- HNDM

En la Unidad de Cuidados Intensivos durante el mes de setiembre del año 2016, se reportaron dos casos de Infección Urinaria Asociada a Catéter Urinario Permanente, que representa una tasa de densidad de incidencia de 5.68×1000 días/catéter, sobrepasando el Promedio Nacional, Promedio Histórico y Promedio Nacional por Categoría. En el mes se identificaron 61 pacientes vigilados con 352 días de exposición. **Gráfico N° 1-9**

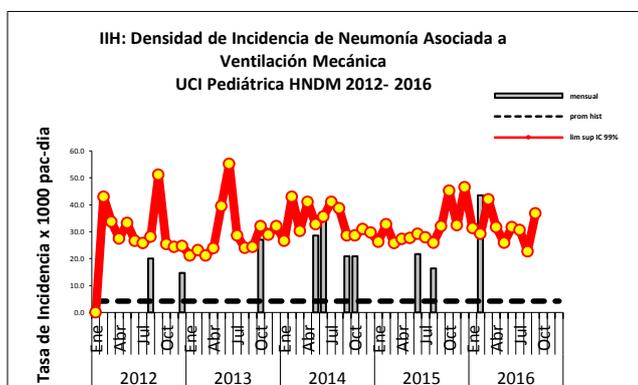
Gráfico N° 1-9.: Densidad de Incidencia de Infección de Tracto Urinario Asociado a Catéter Urinario Permanente. UCI Cardiovascular. HNDM. Setiembre 2016



Fuente: Base de datos de VIIIH- HNDM

No se han reportado casos de Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica durante el mes de setiembre del año 2016. En este mes se mantuvieron 04 pacientes sometidos a V.M. con 27 días de exposición. **Gráfico N° 1-10**

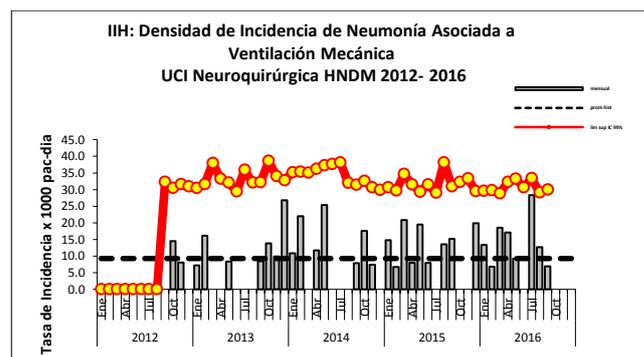
Gráfico N° 1-10.: Densidad de Incidencia de Neumonía Asociada a Ventilación UCI Pediátrica. HNDM. Setiembre 2016



Fuente: Base de datos de VIIIH- HNDM

En la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica desde el año 2015 hasta setiembre del año 2016 no se han presentado casos de Infección Urinaria Asociada a Catéter Urinario Permanente. En este mes se identificaron 06 pacientes vigilados con 29 días de exposición. La aplicación de las listas de cotejo de la metodología bundle para prevenir las Infecciones Urinarias Asociadas a Catéter Urinario, se continúan desarrollando en este servicio. **Gráfico N° 1-11.**

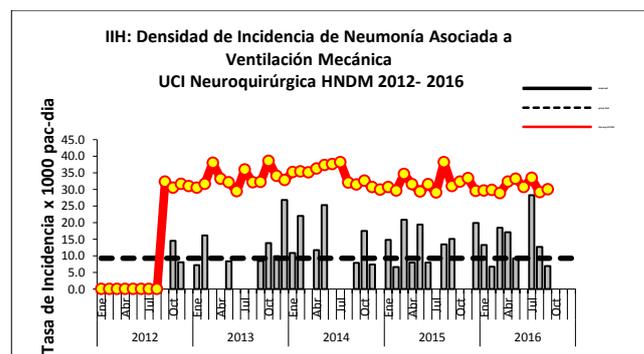
Gráfico N° 1-11.: Densidad de Incidencia de Infección de Tracto Urinario Asociado a Catéter Urinario Permanente. UCI Pediátrica. HNDM. Setiembre 2016



Fuente: Base de datos de VIIIH- HNDM

La tendencia de la Neumonías Asociadas a Ventilación Mecánica en UCI Neuroquirúrgica desde que se inició la vigilancia en 2012 en algunos meses ha sobrepasado el promedio histórico. Durante el mes de setiembre del 2016 se han registrado una Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica, que representa una tasa de densidad de incidencia de 6.9×1000 días/V.M. estando por debajo el Promedio Histórico. En la unidad es necesario que se continúe aplicando la estrategia de prevención de NAV, mediante la metodología Bundle. Se vigilaron 13 pacientes sometidos a 144 días de exposición. **Gráfico N° 1-12**

Gráfico N° 1-12.: Densidad de Incidencia de Neumonía Asociada a Ventilación. UCI Neuroquirúrgica. HNDM. Setiembre 2016

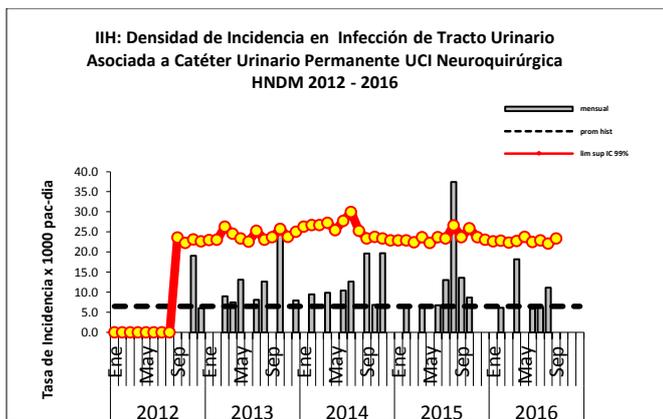


Fuente: Base de datos de VIIIH- HNDM

En la Unidad de Cuidados Intensivos Neuroquirúrgica durante el mes de setiembre del año 2016, no se reportaron casos de Infección Urinaria Asociada a Catéter Urinario Permanente.

En el mes se identificaron 16 pacientes vigilados con 152 días de exposición. La aplicación de las listas de cotejo de la metodología Bundle para prevenir las infecciones urinarias asociadas a catéter urinario, se continúan desarrollando en este servicio. **Gráfico N° 1-13**

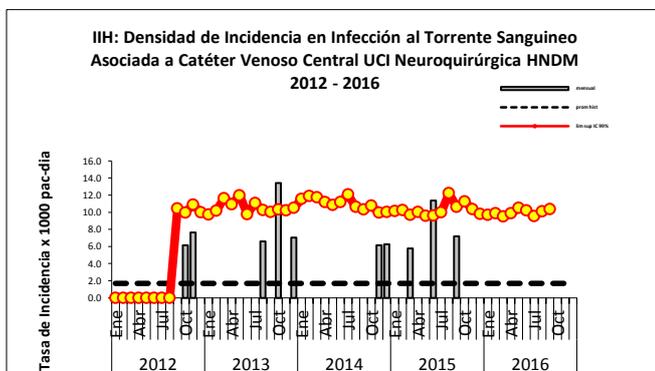
Gráfico N° 1-13.: Densidad de Incidencia de Infección de Tracto Urinario Asociado a Catéter Urinario Permanente. UCI Neuroquirúrgica. HNNDM. Setiembre 2016



Fuente: Base de datos de VIIIH- HNNDM

Referente a las Infecciones de Torrente Sanguíneo en Unidad de Cuidados Intensivos Neuroquirúrgica, los casos presentados desde el año 2012 hasta el año 2015 sobrepasan el Promedio Histórico en algunos meses. Desde el mes de enero hasta setiembre del año 2016, no hubo casos reportados. En el mes se identificaron 21 pacientes vigilados con 157 días de exposición. **Gráfico N° 1-14**

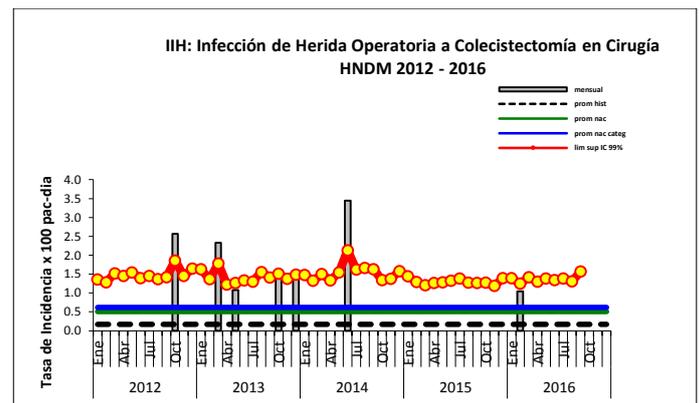
Gráfico N° 1-14.: Densidad de Incidencia de Infección al torrente sanguíneo asociada a Catéter Venoso Central. UCI Neuroquirúrgica. HNNDM. Setiembre 2016



Fuente: Base de datos de VIIIH- HNNDM

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 setiembre no se reportaron casos, se vigilaron 57 pacientes sometidos a Colectectomía. **Gráfico N° 1-15.**

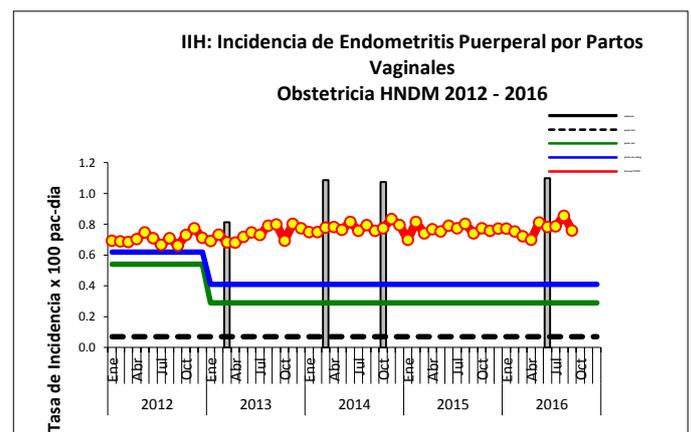
Gráfico N° 1-15.: Incidencia de Infección de Herida Operatoria a Colectectomía. Cirugía. HNNDM. Setiembre 2016



Fuente: Base de datos de VIIIH- HNNDM

Durante el mes de setiembre 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 97. **Gráfico N° 1-16.**

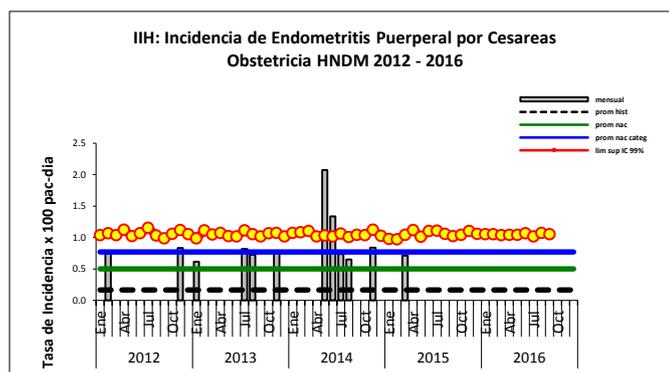
Gráfico N° 1-16.: Incidencia de Endometritis Puerperal por Partos Vaginales. Obstetricia. HNNDM. Setiembre 2016.



Fuente: Base de datos de VIIIH- HNNDM

En el mes de setiembre 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 139 durante el mes de agosto. **Gráfico N° 1-17**

Gráfico N° 1-17.: Incidencia de Endometritis Puerperal por Cesáreas. Obstetricia. HNMD. Setiembre 2016.

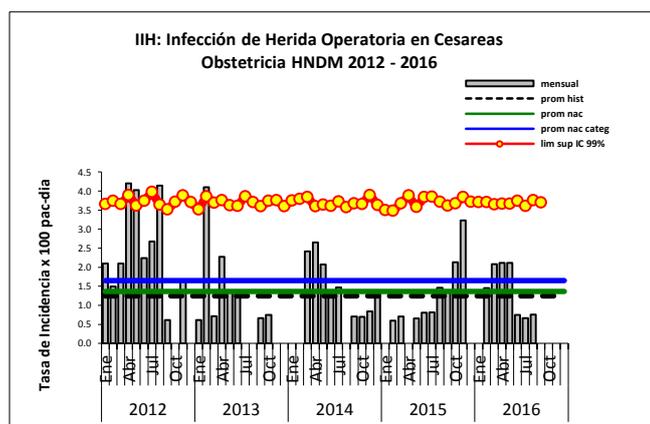


Fuente: Base de datos de VIIH- HNMD

En el gráfico podemos observar que durante el mes de setiembre del 2016 no se han reportado casos de Infección de Sitio Quirúrgico en Cesárea. Las Cesáreas realizadas durante el mes fueron 139. Es importante el cumplimiento de las acciones de prevención durante el peri operatorio a toda paciente que se realiza una cesárea.

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

Gráfico N° 1-18.: Incidencia de Infección de Herida Operatoria en Cesáreas. Obstetricia. HNMD. Setiembre 2016.



Fuente: Base de datos de VIIH- HNMD

2. DAÑOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA.

La notificación de una enfermedad o evento a vigilar puede ser inmediata, semanal o mensual. En el mes de setiembre se registraron 22 casos de notificación obligatoria, de los cuales, 11 casos fueron probables, 11 casos se descartaron y 11 se confirmaron, representando éste último el 50% del total de notificaciones. Asimismo, en referencia a las patologías encontradas figuran la Influenza (0) y la Tos Ferina (0), y 11 casos de Hepatitis B como el 50% de los casos confirmados. *Tabla N°2-1.*

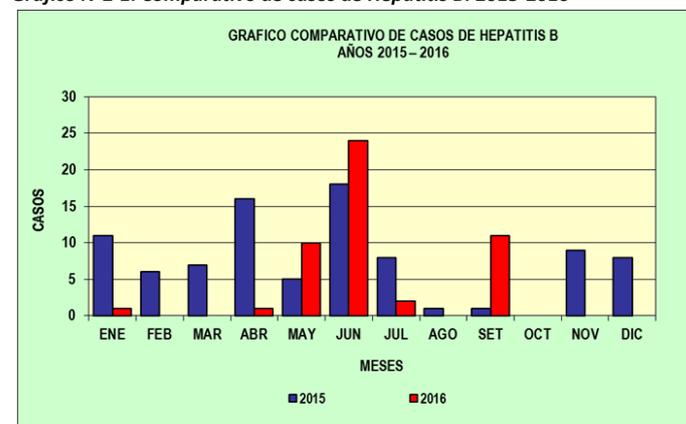
Tabla N°2-1. Casos de notificación obligatoria según tipo de diagnóstico. Setiembre 2016

DAÑO	TIPO DE DIAGNÓSTICO					
	CONFIRMADO		DESCARTADO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Hepatitis B	11	100%	0	0%	11	50%
Influenza	0	0%	9	82%	9	41%
Tos ferina	0	0%	2	18%	2	9%
Total general	11	100%	11	100%	22	100%

Fuente: Base de datos del VEA-HNMD

El Gráfico N°2-1 muestra la frecuencia de los casos de Hepatitis B en el curso de los años 2015 y 2016. Como se observa, en agosto-2016 no se reportaron casos de Hepatitis B, a diferencia del mes de julio 2016 donde el reporte fue inferior al del año 2015.

Gráfico N°2-1. Comparativo de casos de Hepatitis B. 2015-2016



Fuente: Base de datos del VEA-HNMD

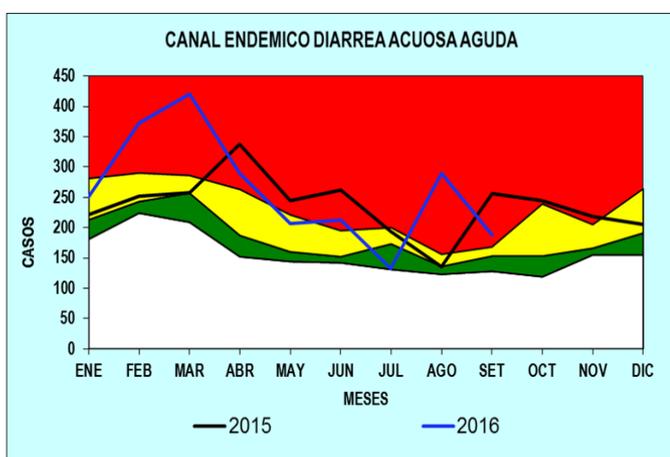
Con respecto a los casos de Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) reportados en nuestra institución en el mes de setiembre 2016, como se muestra en la Tabla N°2-2, de los 188 casos, el mayor porcentaje de notificaciones corresponde al grupo etario de 5 años a + (95 casos) con 50%. Asimismo, en relación al año 2015, la casuística ha disminuido. Gráfico N°2-2.

Tabla N°2-2. Comparativo total de casos EDAS por grupo etario. 2015-2016

Mes	< 1 año		1-4 años		5 años a +	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016
Enero	36	19	89	83	97	148
Febrero	62	57	99	116	91	199
Marzo	43	73	88	129	126	218
Abril	69	51	110	106	158	133
Mayo	55	42	70	85	120	80
Junio	48	34	94	95	120	84
Julio	41	20	75	50	77	62
Agosto	30	39	46	132	60	119
Septiembre	52	23	128	70	76	95

Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

Gráfico N°2-2. Canal endémico Diarrea Acuosa Aguda. 2015-2016



Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

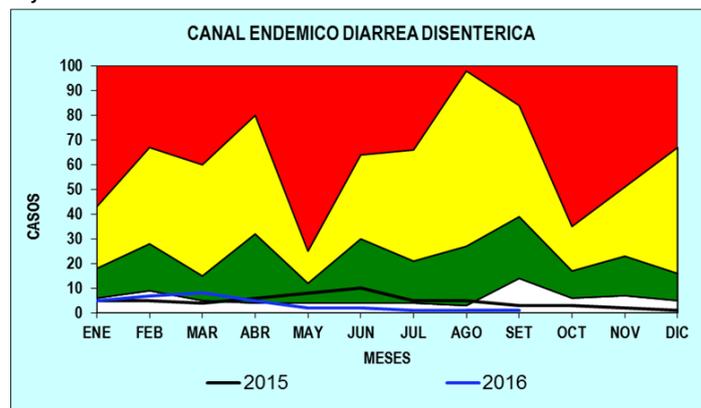
Asimismo, en relación a la Enfermedad Diarreica Aguda Disentérica, en el mes de setiembre 2016 se notificó 01 caso en el grupo de menor de 1 año, en el año 2015 hubo 3 casos pero en mayores de 5 años a más como se muestra en la Tabla N°2-3. Asimismo, en el canal endémico como se muestra en el Gráfico N° 2-3, continuamos ubicados en la zona segura.

Tabla N°2-3. Comparativo total casos Diarreas Disentéricas por grupo etario. 2015-2016

Mes	< 1 año		1-4 años		5 años a +	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016
Enero	1	2	2	2	2	1
Febrero	1	-	4	2	-	5
Marzo	-	1	3	5	1	2
Abril	-	1	4	3	2	1
Mayo	-	-	-	2	-	-
Junio	5	1	3	-	2	1
Julio	1	-	1	-	3	1
Agosto	-	-	1	-	4	1
Septiembre	-	1	-	-	3	-

Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

Gráfico N° 2-3. Canal endémico Diarrea Disentérica. 2015-2016



Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

En el caso de las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), durante el mes de setiembre del 2016 se notificaron 349 casos, de los cuales el 60% corresponde al grupo etario de 1-4 años, se reportaron 163 casos menos que en agosto 2016, y 48 casos menos que en setiembre 2015 como se muestra en la Tabla N°2-4.

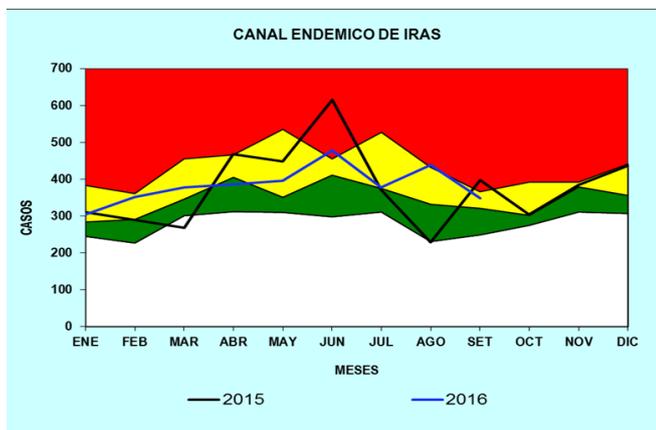
Tabla N°2-4. Comparativo total casos IRAS por grupo etario. 2015-2016

Mes	< 2 meses		2-11 meses		1-4 años	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016
Enero	16	6	114	115	181	183
Febrero	6	7	118	95	165	250
Marzo	9	13	97	106	163	258
Abril	9	11	162	104	297	271
Mayo	13	12	151	121	284	263
Junio	27	17	207	177	381	284
Julio	16	19	153	136	203	222
Agosto	11	82	9	160	136	270
Septiembre	13	3	140	105	244	241

Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

En el Gráfico N°2-4, podemos observar que la casuística ha aumentado con respecto al mes de agosto 2016, ubicándonos en la zona epidémica.

Gráfico N°2-4. Canal endémico de IRAS. 2015-2016



Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

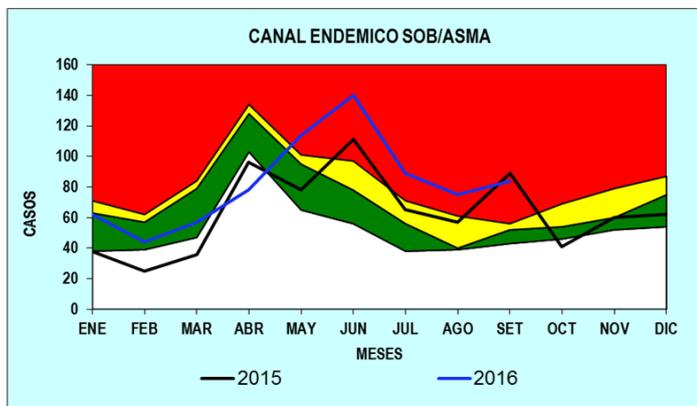
En la Tabla N°2-5 se reportaron 84 casos por SOB/Asma, el mayor porcentaje se ubica en el grupo etario <2 años 56%, por otro lado se observa un aumento en la cantidad de casos con respecto al mes de agosto 2016 y en relación al año 2015 ha disminuido en 5 casos.

Tabla N°2-5. Comparativo total casos SOB/Asma por grupo etario. 2015-2016

Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

En el Gráfico N°2-5 muestra el canal endémico en donde se observa un aumento del número de casos de SOB/Asma que fueron reportados en el mes de agosto 2016, permaneciendo aún dentro de la zona de epidemia al igual que el mes pasado.

Gráfico N°2-5. Canal endémico SOB/Asma. 2015-2016



Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

Respecto a los pacientes hospitalizados por neumonía, el grupo etario que presentó más casos en setiembre 2016 fue el de 1 - 4 años (14 casos) seguido del grupo de pacientes de 60 años a más (10) como se muestra en la Tabla N°2-6.

Tabla N°2-6. Comparativo total casos hospitalizados neumonías por grupo etario. 2015-2016

Mes	< 2 meses		2-11 meses		1-4 años		5-9 años		10-19 años		20-59 años		60 años a más	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016
Enero	-	-	8	6	6	12	2	4	1	-	2	1	4	4
Febrero	-	1	3	3	11	8	-	1	-	-	5	2	8	4
Marzo	-	2	6	5	14	9	4	2	-	1	2	6	8	5
Abril	1	1	8	5	11	11	1	4	1	4	-	1	8	1
Mayo	3	1	11	7	5	20	3	3	1	1	2	5	8	8
Junio	7	2	9	7	11	10	3	3	2	2	7	1	12	9
Julio	3	2	9	5	5	7	1	2	-	-	6	9	8	8
Agosto	-	1	8	3	10	7	2	8	1	3	2	4	10	12
Septiembre	3	4	11	7	16	14	5	1	2	2	4	3	12	10

Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

En relación a Neumonías Graves en menores de 4 años, se evidencia que en setiembre 2016 se reportaron 25 pacientes por este diagnóstico, representando el mayor número de casos(14) en el grupo etario de 1-4 años (56%), siendo mayor a los reportado en el agosto 2016 como se muestra en Tabla N°2-7

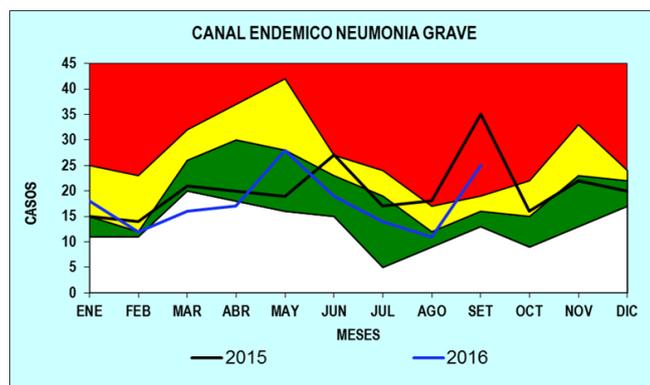
Tabla N°2-7. Comparativo total casos neumonías graves por grupo etario. 2015-2016

Mes	< 2 meses		2-11 meses		1-4 años	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016
Enero	-	-	9	6	6	12
Febrero	-	1	3	3	11	8
Marzo	-	2	7	5	14	9
Abril	1	1	8	5	11	11
Mayo	3	1	11	7	5	20
Junio	7	2	9	7	11	10
Julio	3	2	9	5	5	7
Agosto	-	1	8	3	10	7
Septiembre	3	4	13	7	19	14

Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

En el Gráfico N°2-6 muestra que los casos de neumonía grave reportados en setiembre 2016 son mayores al mes pasado y menor del año 2015, ubicándose en la zona de epidemia.

Gráfico N° 2-6. Canal endémico neumonía grave. 2015-2016



Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

Durante el mes de setiembre 2016, se reportó 193 casos febriles, en la Tabla N°2-8 se puede observar que el mayor porcentaje de casos corresponde al grupo etario de 1-4 años con 45%(93), habiendo una disminución en la casuística con respecto al mes de agosto (208) 2016 y

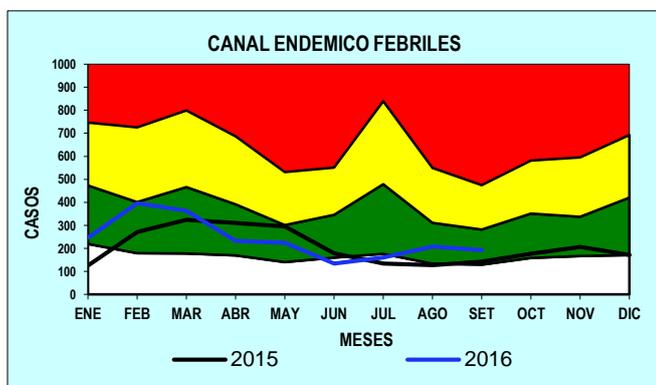
aumento al año 2015 (setiembre 142 casos). Asimismo, en el Gráfico N° 2-7 se observa que dicha cifra nos ubica en la zona de seguridad, a diferencia del mes de setiembre 2015 en donde estábamos en la zona de éxito.

Tabla N°2-8. Comparativo total casos Febriles por grupo etario. 2015-2016

DISTRITO	N° DE CASOS						Total
	< 1 a	1-4 a	5-9 a	10-19 a	20-59 a	60 a +	
LIMA	16	45	29	8	9	1	108
LA VICTORIA	6	29	17	6	0	0	58
EL AGUSTINO	0	6	1	0	0	0	7
SAN LUIS	2	3	0	0	0	0	5
SAN JUAN DE LURIGANCHO	1	2	1	0	0	0	4
VILLA MARIA DEL TRIUNFO	0	0	0	2	0	0	2
TRANSITO	0	1	1	0	0	0	2
SANTA ANITA	0	2	0	0	0	0	2
SAN MARTIN DE PORRES	0	2	0	0	0	0	2
COMAS	0	1	0	0	0	0	1
ATE	0	1	0	0	0	0	1
INDEPENDENCIA	0	1	0	0	0	0	1
Total general	25	93	49	16	9	1	193

Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

Gráfico N°2-7. Canal endémico Febriles. 2015-2016



Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

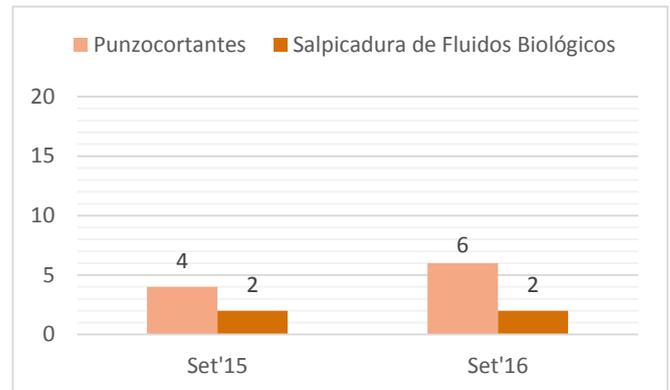
3. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE ACCIDENTES OCUPACIONALES.

La Vigilancia de la Salud de los trabajadores es el proceso de recolección e información y análisis sistemático, que abarca todas las evaluaciones necesarias para proteger la salud de los trabajadores, con el objetivo de detectar los problemas de salud relacionado con el trabajo y controlar los factores de riesgo y prevenirlos a la salud del trabajador (2).

En setiembre del 2016, se notificaron 08 casos de Accidentes Laborales por exposición a Fluidos biológicos, de los cuales 06 casos fueron ocasionados por exposición a

objetos Punzocortantes (75%) y 02 casos fueron originados por exposición a Fluidos Biológicos – Salpicaduras (25%). Asimismo, en comparación con setiembre 2015, hay aumento en los casos ocasionados por objeto punzocortante.

Gráfico N°3-1. Accidentes laborales por exposición a fluidos biológicos y/o objetos punzocortantes. Comparativo agosto 2015-2016.



Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

En Setiembre del 2016, se notificaron 08 casos de Accidentes Laborales por exposición a Fluidos biológicos y/o Objetos punzocortantes, de los cuales 06 casos fueron ocasionados por exposición a objetos Punzocortantes (75%) y 02 casos fueron originados por exposición a Fluidos Biológicos – Salpicaduras (25%).

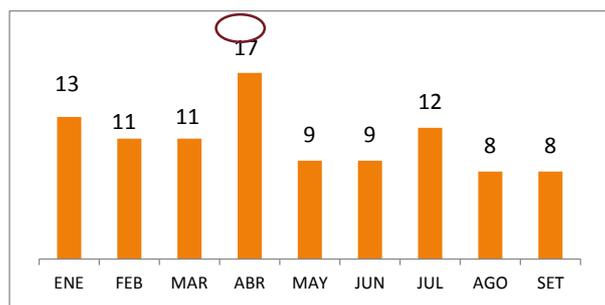
Tabla N°3-1. Accidentes laborales por exposición a fluidos corporales y/o objetos punzocortantes según grupo ocupacional. Setiembre 2016

Grupo Ocupacional	Salpicadura		Punzocortantes		TOTAL MES		N° ACUM. A SET	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Interno Medicina	1	50	3	50	4	50	26	27
Médico Residente	0	0	0	0	0	0	16	16
Enfermera	1	50	0	0	1	13	12	12
Personal Limpieza	0	0	0	0	0	0	10	10
Técnico de Enfermería	0	0	1	17	1	13	9	9
Interno de Enfermería	0	0	0	0	0	0	8	8
Estudiante de enfermería	0	0	1	17	1	13	5	5
Técnico de Laboratorio	0	0	0	0	0	0	4	4
Estudiante de medicina	0	0	0	0	0	0	4	4
Médico Asistente	0	0	0	0	0	0	3	3
Tecnólogo Médico	0	0	1	17	1	13	1	1
Total	2	100	6	100	8	100	98	100

Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

Durante Setiembre del presente año se observa que el Grupo Ocupacional en etapa de entrenamiento son los que presentan la mayor ocurrencia de los Accidentes Laborales por Exposición a Fluidos Biológicos y/o Objetos Punzocortantes (63%), siendo los Internos de Medicina (50%).

Gráfico N°3-2. Tendencia mensual de los accidentes laborales por exposición a fluidos biológicos y/o objetos punzocortantes. Setiembre 2016



Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

Se observa que los servicios más expuestos donde ocurrieron los Accidentes laborales ha sido Cirugía H-3 y Centro Obstétrico (25%) respectivamente. **Tabla N°3-2.**

Tabla N°3-2. Accidentes laborales por exposición a fluidos corporales y/o objetos punzocortantes según servicio de ocurrencia. Setiembre 2016

Servicio donde labora el trabajador	Salpicadura		Punzocortantes		Total Mes		N° ACUM. A SET	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Emergencia Adultos	0	0	1	17	1	13	22	22
San Pedro	0	0	0	0	0	0	7	7
Cirugía I-4	0	0	0	0	0	0	6	6
El Carmen	0	0	0	0	0	0	5	5
Julián Arce	0	0	0	0	0	0	5	5
Cirugía H-4	0	0	1	17	1	13	5	5
Patología Clínica y Anatomía Patológica	0	0	1	17	1	13	5	5
Santa Rosa II	0	0	0	0	0	0	4	4
Consultorios Externos	0	0	0	0	0	0	4	4
Cirugía H-3	1	50	1	17	2	25	4	4
San Antonio II	0	0	0	0	0	0	3	3
Santo Toribio	0	0	0	0	0	0	3	3
SOP Central	0	0	0	0	0	0	3	3
Neonatología I-2	0	0	0	0	0	0	3	3
Obstetricia H-2	0	0	0	0	0	0	3	3
Santa Ana	0	0	0	0	0	0	2	2
UCI General	0	0	0	0	0	0	2	2
Centro Obstétrico	1	50	1	17	2	25	3	3
Pediatría	0	0	0	0	0	0	1	1
Cirugía Pediátrica	0	0	0	0	0	0	1	1
UCI Intermedios	0	0	0	0	0	0	1	1
Diagnóstico por imágenes	0	0	0	0	0	0	1	1
Emergencia Pediátrica	0	0	0	0	0	0	1	1
Urología I-1	0	0	0	0	0	0	1	1
San Andrés	0	0	1	17	1	13	1	1
Otros	0	0	0	0	0	0	2	2
Total	2	100	6	100	8	100	98	100

Fuente: Base de datos del 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 sutura (38%).

Tabla N°3-3. Circunstancias asociadas a los accidentes laborales por exposición a objetos punzocortantes. Setiembre 2016

Circunstancias asociadas a los accidentes	Salpicadura		Punzocortantes		Total Mes		N° ACUM. A SET	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Durante segregación de residuos hospitalarios	0	0	1	17	1	13	14	14
Al reencapsular una aguja usada	0	0	1	17	1	13	14	14
Durante un procedimiento (adm. Tto., inserción cvp, cvc, etc.)	0	0	0	0	0	0	12	12
Durante procedimiento de toma de muestra de AGA	0	0	0	0	0	0	10	10
Durante procedimiento de sutura	1	50	2	33	3	38	9	9
Durante procedimiento Quirúrgico	0	0	0	0	0	0	8	8
Durante la segregación de objetos punzocortantes	0	0	0	0	0	0	7	7
Después de uso de material, antes de descartarlo	0	0	0	0	0	0	7	7
Material fue dejado en lugar inadecuado	0	0	0	0	0	0	4	4
Durante procedimiento de toma de muestra de Hemoglucotex		0	0	0	0	0	3	3
Durante lavado de instrumento	0	0	1	17	1	13	2	2
Al contener, inmovilizar al paciente	1	50	0	0	1	13	1	1
Al finalizar el procedimiento (recojo de material, catéter EV, IM, SC, CVC, Epidural, etc)	0	0	0	0	0	0	1	1
Otros	0	0	1	17	1	13	6	6
Total	2	100	6	100	8	100	98	100

Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

En lo referente a la protección basada en la vacunación contra la Hepatitis B en Setiembre del presente año, se observa que el 63% de los trabajadores de salud expuestos cuenta con las dosis completas de vacuna de Hepatitis B y el 38% de los trabajadores expuestos cuenta con dos dosis de vacuna de hepatitis B. **Tabla N°3-4**

Tabla N°3-4. Estado de vacuna asociado a los accidentes laborales por exposición a objetos punzocortantes. Setiembre 2016

Estado de vacunación para VHB en el trabajador	Salpicadura		Punzocortantes		Total Mes		N° ACUM. A SET	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
No	0	0	0	0	0	0	2	2
Una dosis	0	0	0	0	0	0	4	4
Dos dosis	1	50	2	33	3	38	16	16
Tres dosis	1	50	4	67	5	63	76	78
Total	2	100	6	100	8	100	98	100

Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

En la Tabla N° 3-5 El 83% de los Accidentes laborales por exposición a objetos punzocortantes fueron ocasionados por aguja hueca, seguido de instrumental quirúrgico (17%).

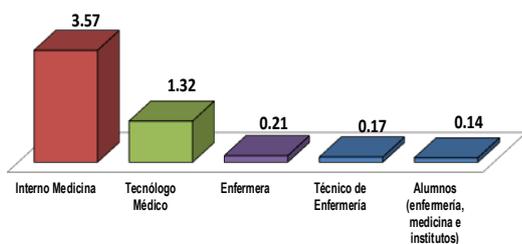
Tabla N°3-5. Tipo de dispositivo asociado a accidentes laborales por exposición a objetos punzocortantes. Setiembre 2016

Tipo de dispositivo que ocasionó el accidente laboral	Punzocortantes		N° ACUM. A SET	
	N°	%	N°	%
Aguja hueca	5	83	74	86
Quirúrgico	1	17	10	12
Vidrio	0	0	1	1
Otros	0	0	1	1
Total	6	100	86	100

Fuente: Base de datos del VEA-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 (3.57%), seguido de los Tecnólogos Médicos (1.32%)..Gráfico N°3-3.

Gráfico N° 03: Tasa de Accidentabilidad por Grupo Ocupacional Setiembre - 2016



Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

En Setiembre del presente año, se observa que los Accidentes por exposición a Fluidos biológicos según localización de la lesión se han presentado en ojo derecho (100%).Tabla N° 3-6.

Zona de Localización del Accidente	Salpicadura		N° ACUM. A SET	
	N°	%	N°	%
Cara, ojo izquierdo	0	0	5	42
Cara, ojo derecho	2	100	4	33
Anular izquierdo, palma	0	0	1	8
Boca, frente	0	0	1	8
Índice izquierdo, palma	0	0	1	8
Total	2	100	12	100

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.

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 Setiembre del 2016, se ha notificado 08 casos de Mortalidad Perinatal, siendo 07 Muertes Neonatales (88%) y 01 Muerte Fetal (13%).

En el acumulado de Muertes Perinatales, se observa hasta la fecha la ocurrencia de 34 casos, de los cuales 16 casos son Muertes Fetales (47%) y 18 Muertes Neonatales (53%). Gráfico N° 4-1.

Gráfico N° 01: Distribución de Mortalidad Fetal y Neonatal, Hasta Setiembre - 2016

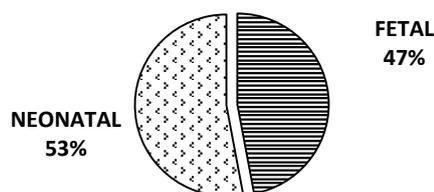


Tabla N°4-1. Muertes fetales y neonatales según peso al nacer y tipo de parto, y momento de muerte, hasta setiembre 2016.

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
500 - 999 grs	5	2	7	0	7	4	3	2	2	3
1000 - 1499 grs	3	1	4	0	4	1	4	1	2	2
1500 - 1999 grs	3	0	3	0	3	1	1	0	2	0
2000 - 2499 grs	1	1	2	0	2	1	1	0	1	1
2500 - 2999 grs	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3000 - 3.499 grs	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0
3500 - 3999 grs	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
4000 - 4499 grs	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
>=4500 grs	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	12	4	16	0	16	8	10	3	8	7

Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

Hasta Setiembre del presente año se muestra en la Tabla N° 01 (Aplicativo Analítico BABIES), se han presentado 34 casos de Mortalidad Perinatal, de los cuales 16 Muertes son Fetales y 18 Muertes son Neonatales.

El patrón epidemiológico de la Muertes Neonatales fue con edades gestacionales de 24 a 41 semanas de gestación, con pesos de 500 – 3.999 gramos, con CPN insuficientes, nacidos en su mayoría de parto por cesárea; siendo la causa básica de Mortalidad Neonatal por Prematuridad Extrema.

Así mismo el patrón epidemiológico de las Muertes Fetales, fue con edades gestacionales de 21 a 35 semanas, pesos de 500 – 2.499 gramos; siendo la causa básica de Muerte fetal desconocida en dos de ellos, con CPN insuficiente, en su mayoría nacidos de parto vaginal y 04 de ellos por cesárea.

Según codificación CIE-10 las causas básicas de Mortalidad Fetal fueron por Muerte Fetal de causa no

especificada (63%), seguido de Malformación congénita (13%).

En Setiembre del presente año, la causa básica de Mortalidad Fetal fue por Hipoxia intrauterina. *Tabla N°4-2*

Tabla N°4-2. Muerte Fetal según codificación CIE 10 y peso al Nacimiento, hasta setiembre 2016

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.	
MALFORMACIÓN CONGÉNITA	Q89.9	0	0	0	0	0	0	0
FETO Y RECIÉN NACIDO AFECTADOS POR CORIOAMNIONITIS	P02.7	0	0	0	0	0	0	0
HIPOXIA INTRAUTERINA	P20	1	0	0	0	0	0	1
INMATURIDAD EXTREMA	P07.2	0	0	0	0	0	0	0
ANENCEFALIA	Q00.0	0	0	0	0	0	0	0
DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA	P02.1	0	0	0	0	0	0	0
MUERTE FETAL DE CAUSA NO ESPECIFICADA	P95	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL GENERAL		1	0	0	0	0	0	1

Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

La causa más frecuente de Mortalidad Neonatal, hasta la fecha es por Inmadurez extrema (33), seguido de Enfermedad Membrana Hialina y/o Síndrome Dismórfico (11%) respectivamente.

En Setiembre del presente año, las causas más frecuentes de Mortalidad Neonatal fueron por Prematuridad extrema. *Tabla N°4-3.*

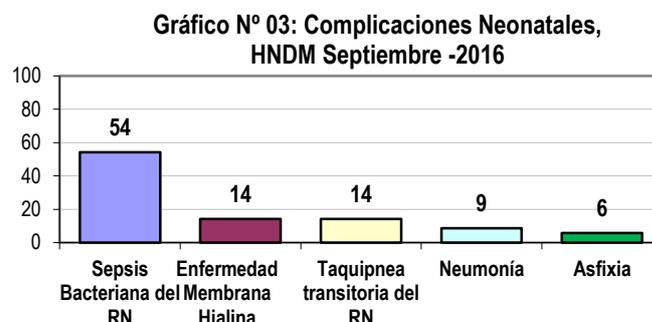
Tabla N°4-3 Muerte Neonatal según codificación CIE – 10 y peso al Nacimiento, Hasta Setiembre – 2016

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.	
INMATURIDAD EXTREMA	P07.2	6	0	0	0	0	0	6
ENFERMEDAD MEMBRANA HIALINA	P22.0	0	2	0	0	0	0	2
SÍNDROME DISMÓRFICO: TRISOMÍA XIII. CARDIOPATÍA CONGÉNITA COMPLEJA	Q89.7	0	0	1	1	0	0	2
SEPSIS BACTERIANA DEL RECIÉN NACIDO	P36	0	1	0	0	0	0	1
CARDIOPATÍA CONGÉNITA COMPLEJA. ANOMALÍA DE EBSTEIN	P29	0	0	0	0	0	1	1
ASPIRACIÓN NEONATAL DE MECONIO	P24.0	0	0	0	0	0	1	1
SEPSIS DEL RECIÉN NACIDO DEBIDA A OTRAS BACTERIAS	P36.8	0	1	0	0	0	0	1
GASTROSQUISIS	Q79.3	0	0	1	0	0	0	1
ASFIXIA PERINATAL	P21.0	0	1	0	0	0	0	1
ATRESIA DEL ESÓFAGO CON FÍSTULA TRAQUEOESOFÁGICA	Q39.1	0	0	0	1	0	0	1
AGENESIA RENAL, SIN OTRA ESPECIFICACIÓN	Q60.2	1	0	0	0	0	0	1
TOTAL GENERAL		7	5	2	2	0	2	18

Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

Durante Setiembre del presente año se atendieron 35 recién nacidos complicados; con 03 Muertes neonatales, por Síndrome de Aspiración meconial y Sepsis bacteriana del recién nacido. Las complicaciones más frecuentes siguen siendo la Sepsis Neonatal con 19 casos (54%), seguido de Enfermedad Membrana Hialina y/o Taquipnea transitoria del RN con 05 casos (14%) respectivamente.. *Gráfico N°4-1.*

Gráfico N°4-2. Complicaciones neonatales en el HNDM. Hasta agosto 2016



Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

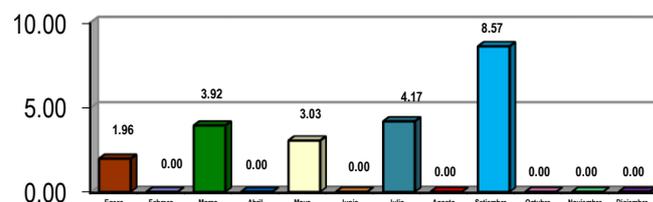
Respecto a la Letalidad, en Setiembre del presente año se han presentado un incremento de casos de Mortalidad Neonatal con una tasa de letalidad más alta en el presente año (8.57%). *Gráfico N°4-3.*

Gráfico N°4-2. Tasa de letalidad de complicaciones neonatales. Hasta setiembre 2016

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.	
INMATURIDAD EXTREMA	P07.2	6	0	0	0	0	0	6
ENFERMEDAD MEMBRANA HIALINA	P22.0	0	2	0	0	0	0	2
SÍNDROME DISMÓRFICO: TRISOMÍA XIII. CARDIOPATÍA CONGÉNITA COMPLEJA	Q89.7	0	0	1	1	0	0	2
SEPSIS BACTERIANA DEL RECIÉN NACIDO	P36	0	1	0	0	0	0	1
CARDIOPATÍA CONGÉNITA COMPLEJA. ANOMALÍA DE EBSTEIN	P29	0	0	0	0	0	1	1
ASPIRACIÓN NEONATAL DE MECONIO	P24.0	0	0	0	0	0	1	1
SEPSIS DEL RECIÉN NACIDO DEBIDA A OTRAS BACTERIAS	P36.8	0	1	0	0	0	0	1
GASTROSQUISIS	Q79.3	0	0	1	0	0	0	1
ASFIXIA PERINATAL	P21.0	0	1	0	0	0	0	1
ATRESIA DEL ESÓFAGO CON FÍSTULA TRAQUEOESOFÁGICA	Q39.1	0	0	0	1	0	0	1
AGENESIA RENAL, SIN OTRA ESPECIFICACIÓN	Q60.2	1	0	0	0	0	0	1
TOTAL GENERAL		7	5	2	2	0	2	18

Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

Gráfico N°4-3: Tasa de Letalidad de complicaciones Neonatales, Hasta Septiembre - 2016

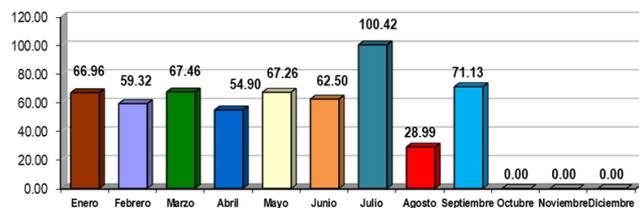


Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

Además se observa que la Tasa de incidencia de bajo peso al nacer es de 28.99 x 1000 recién nacidos vivos, se aprecia

que la tasa de incidencia más alta fue en Julio del presente año con el 100.42%. **Gráfico N°4-4.**

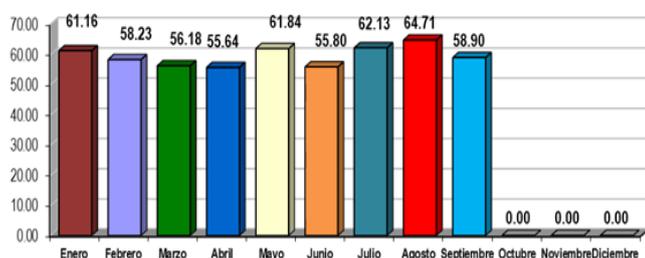
Gráfico N°4-4. Tasa de incidencia de bajo peso al nacer. Hasta setiembre 2016



Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

Gráfico N° 4-5

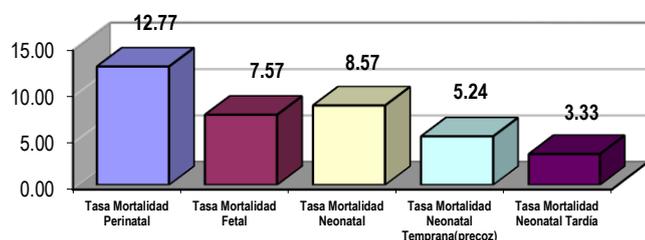
Gráfico N° 06: Tasa de Cesárea General, Hasta Septiembre- 2016



Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

Gráfico N°4-5 La tasa de cesárea en RN de bajo peso al nacer fue de 5.08 %, 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 10.17% y la tasa de cesárea con RN macrosómico es de 6.36%.

Gráfico N° 4-6: Tasas de Mortalidad Fetal y Neonatal acumuladas, Hasta Septiembre - 2016



Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

En relación a Tasas de Mortalidad se puede apreciar hasta Setiembre del presente año, que la Tasa de Mortalidad Perinatal es de 12.77 x 1000 nacimientos, la tasa de Mortalidad Neonatal fue de 8.57 x 1000 RN Vivos, la tasa de mortalidad neonatal temprana y Precoz es de 5.24 x 1000 RN Vivos respectivamente; la Tasa de Mortalidad Fetal es de 7.57 x 1000 nacimientos

En la evaluación del manejo de residuos sólidos por departamento, en el mes de setiembre del 2016, los departamentos de Pediatría, Odontología, Enfermería, Farmacia, Banco de Sangre-Hematología y Patología Clínica, obtuvieron un puntaje al 100% de "Bueno" (tabla N°5-1); asimismo, los departamentos de Diagnóstico por Imágenes y Emergencia obtuvieron un puntaje de "Regular" al 100%

5. EVALUACIÓN POR DEPARTAMENTOS DEL MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS HOSPITALARIOS

Tabla N°5-1. Evaluación por departamentos del manejo de residuos sólidos hospitalarios. Setiembre 2016.

DEPARTAMENTOS	CALIFICACION		
	BUENO (%)	REGULAR (%)	MALO (%)
DEPARTAMENTO DE MEDICINA	40	60	
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MEDICA	67	33	
DEPARTAMENTO DE CIRUGIA	33	67	
DEPARTAMENTO DE GINECO- OBSTETRICIA	50	50	
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 CARDIOVASCULAR.	50	50	

Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

ACTUALIDAD EN EPIDEMIOLOGÍA

VIOLENCIA CONTRA LA MUJER

En el Perú

La violencia contra la mujer es muy alta, en particular la violencia psicológica que se encuentra en el 70%, este tipo de agresión es expresada a través de palabras, gestos o ademanes y que consisten en injurias, calumnias, gritos, insultos, desprecios, burlas, ironías, situaciones de control de la libertad individual, humillaciones, amenazas y otras orientadas a socavar la autoestima⁽³⁾.

La violencia física alcanza actualmente el 50%

Las denuncias por violencia sexual a mujeres mayores de 18 años es de 1200 a 1800 por año, siendo en Lima donde ocurren la mayoría. Una parte importante de las violaciones no son denunciadas.

Los feminicidios llegan a los 282 aprox. por año (2015), este año se están incrementando, las formas más utilizadas fueron golpizas, asfixia, acuchillamiento, uso de armas de fuego, aplastamiento, decapitación, quemaduras, desbarrancamiento y otras. El perpetrador en el 90% de casos fue una persona conocida o relacionada con la víctima, en la mayoría de casos la pareja o expareja. (20 setiembre- Diario el Comercio).

Prevención y Respuesta

En la actualidad hay pocas intervenciones cuya eficacia se haya demostrado mediante estudios bien diseñados. Son necesarios más recursos para reforzar la prevención de la violencia de pareja y la violencia sexual, sobre todo la prevención primaria, es decir, para impedir que se produzca el primer episodio.

Respecto a la prevención primaria, hay algunos datos correspondientes a países de ingresos altos que sugieren que los programas escolares de prevención de la violencia en las relaciones de noviazgo son eficaces. No obstante, todavía no se ha evaluado su posible eficacia en entornos con recursos escasos.

Otras estrategias de prevención primaria que se han revelado prometedoras pero deberían ser evaluadas más a fondo son por ejemplo las que combinan la microfinanciación con la formación en materia de igualdad de género, las que fomentan la comunicación y las relaciones interpersonales dentro de la comunidad, las que reducen el acceso al alcohol y su uso nocivo, y las que tratan de cambiar las normas culturales en materia de género.

Para propiciar cambios duraderos, es importante que se promulguen leyes y se formulen políticas que:

- 1.-protejan a la mujer;
- 2.-combatan la discriminación de la mujer;
- 3.-Fomenten la igualdad de género; y
- 4.-ayuden a adoptar normas culturales más pacíficas.

Una respuesta adecuada del sector de la salud puede ser de gran ayuda para la prevención de la violencia contra la mujer y la respuesta consiguiente. La sensibilización y la formación de los prestadores de servicios de salud y de otro tipo constituyen por tanto otra estrategia importante. Para abordar de forma integral las consecuencias de la violencia y las necesidades de las víctimas y supervivientes se requiere una respuesta multisectorial.

El primer paso ha sido dado por parte de la ciudadanía, por lo que ahora corresponde que el Gobierno tome cartas en el asunto y atienda esa demanda de justicia que está más viva que nunca tras la marcha #NiUnaMenos.(13 de Agosto).

"Lo que se ha logrado es que podemos ver de manera más transparente una realidad en la cual miles de mujeres son maltratadas en todo el país"

"La realidad no va a cambiar sola y primero hay que reconocer que el Estado no tiene ni una sola política preventiva que incluya, por ejemplo, una educación basada en el género o en el tema de la igualdad entre hombres y mujeres. Falta mucho camino que recorrer"⁽⁴⁾.

6. BIBLIOGRAFIA

7. 1.- Lineamientos para la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud.Perú R.M.N°168-2015/MINSA.
8. 2.- Desafío de los Gestores ante La Resistencia Antimicrobiana.Perú INS. 2014.
- 3.- Garmendia Fausto. "La Violencia en el Perú 2015". An Fac Med. Perú2016; 77(2);153 - 61.
- 4.- Comisión de la Verdad y Reconciliación. Informe Final. 2003.
- 5.- OPS/OMS Informe Mundial sobre Violencia y Salud. Resumen 2002.

Disponible en

www.hdosdemayo.gob.pe

OFICINA DE EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD AMBIENTAL (OESA)

Director

Dr. José Luis Bolarte Espinoza

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

Dr. Jaime Alvarezcano Berroa

Equipo de Trabajo de Vigilancia Epidemiológica

Dr. Marco Antonio Sánchez Ramírez

Lic. Carmen Lam Villoslada

Lic. Rosario Mucha Huatuco

Lic. Mónica Barrientos Pacherras

Lic. Joel Cadillo Rivera

Equipo de Trabajo Salud Ambiental

Sr. Alfonso Rodríguez Ramírez

Ing. Eduardo Yactayo Infantes

Sr. Jaime Aparcana Moncada

Sr. Jaime Arce Veintemilla

Sr. Raúl Quispe Bocangel

Equipo de Informática

Sra. Andrea Ydoña Cuba

Srta. Marianella Narro Dueñas

Compilación y Edición

Dra. Rosa Padilla Córdova

MR1 Gestión en Salud

Equipo de Trabajo de Vigilancia Epidemiológica y
Salud Ambiental

Lima - Setiembre 2016