



PERÚ

Ministerio
de Salud

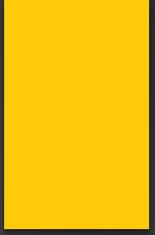


Hospital Nacional
Dos de Mayo

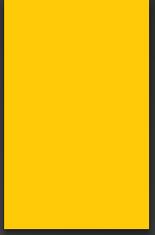
“SALA DE SITUACIÓN”

JULIO-2018

OFICINA DE EPIDEMIOLOGÍA Y
SALUD AMBIENTAL
(OESA)

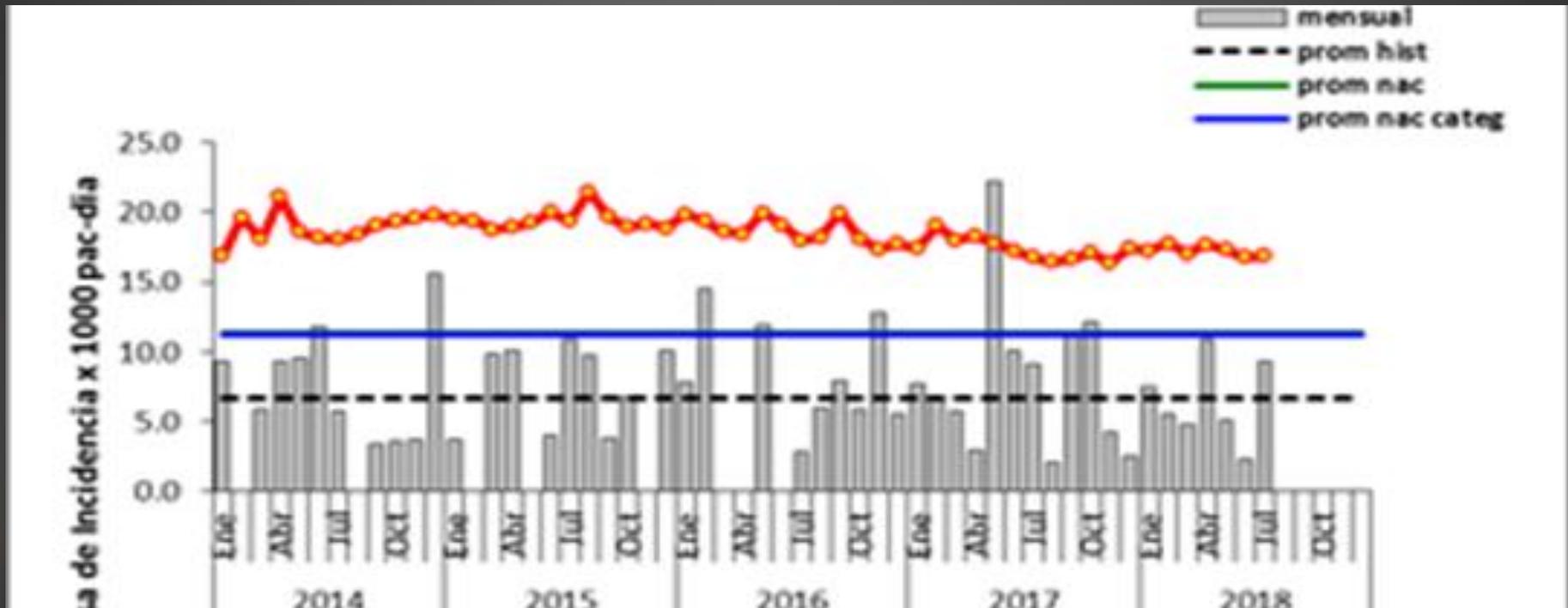


**Vigilancia Epidemiológica
de Infecciones
Intrahospitalarias
Julio 2018**



Vigilancia de Neumonías Asociada a Ventilación Mecánica

VE en Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica Servicio de UCI HNDM 2014-2018.



Fuente: Base de Datos de VEA-HNDM

Cuatro casos de Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), se han registrado en el mes de Julio del 2018, representando una tasa de Densidad de Incidencia de 9.3 x 1000 días VM.

Durante el mes se vigilaron 47 pacientes sometidos a V.M con 430 días de exposición.

VE en Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica, Servicio de UCI Pediátrica HNDM 2014-2018.

- ▶ **Cero asociado a Ventilación Mecánica en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de Pediatría, durante el mes de Julio.**
- ▶ **Durante este mes se vigilaron 06 pacientes en Ventilación Mecánica con 87 días de exposición.**

**Fuente: Base de Datos
de VEA-HNDM**

VE en Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica. Servicio de Neurocirugía HNDM 2014-2018.

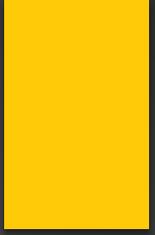
- ▶ **Cero casos de Neumonía asociado A Ventilación Mecánica durante el mes de Julio del año 2018.**
- ▶ **Se vigilaron 13 pacientes con 112 días de exposición, en el servicio se continua aplicando la metodología Bundle como medida de prevención.**

**Fuente: Base de Datos de
VEA-HNDM**

VE en Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica. Servicio de UCI Cardiovascular HNDM 2014-2018.

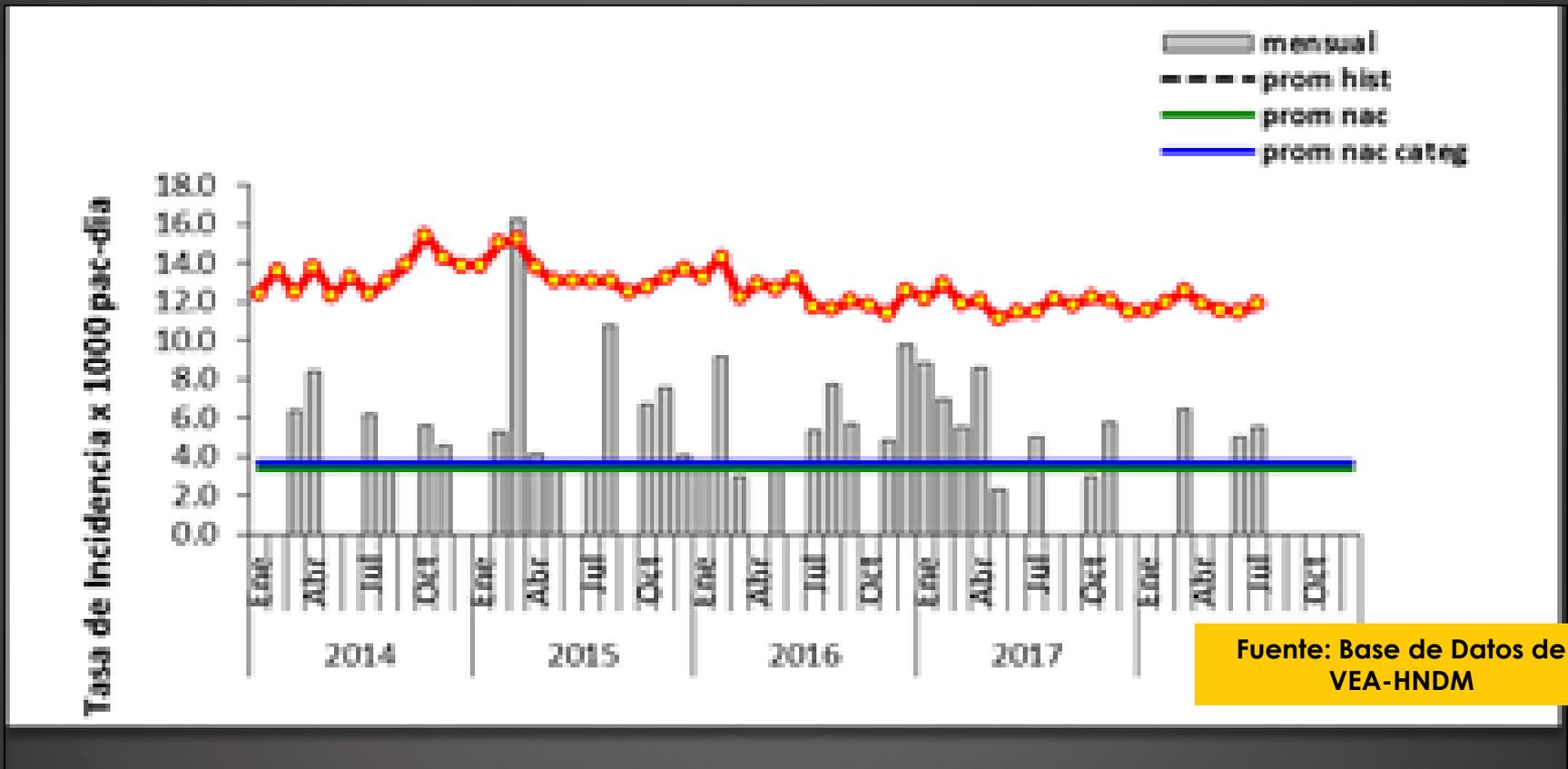
- ▶ **Cero casos de Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica en el Servicio de UCI Cardiovascular, durante el mes de Julio del 2018.**
- ▶ **Se vigilaron 05 pacientes con 72 días de exposición**

**Fuente: Base de Datos
de VEA-HNDM**



Vigilancia de Infección del Tracto Urinario Asociado a Catéter Urinario

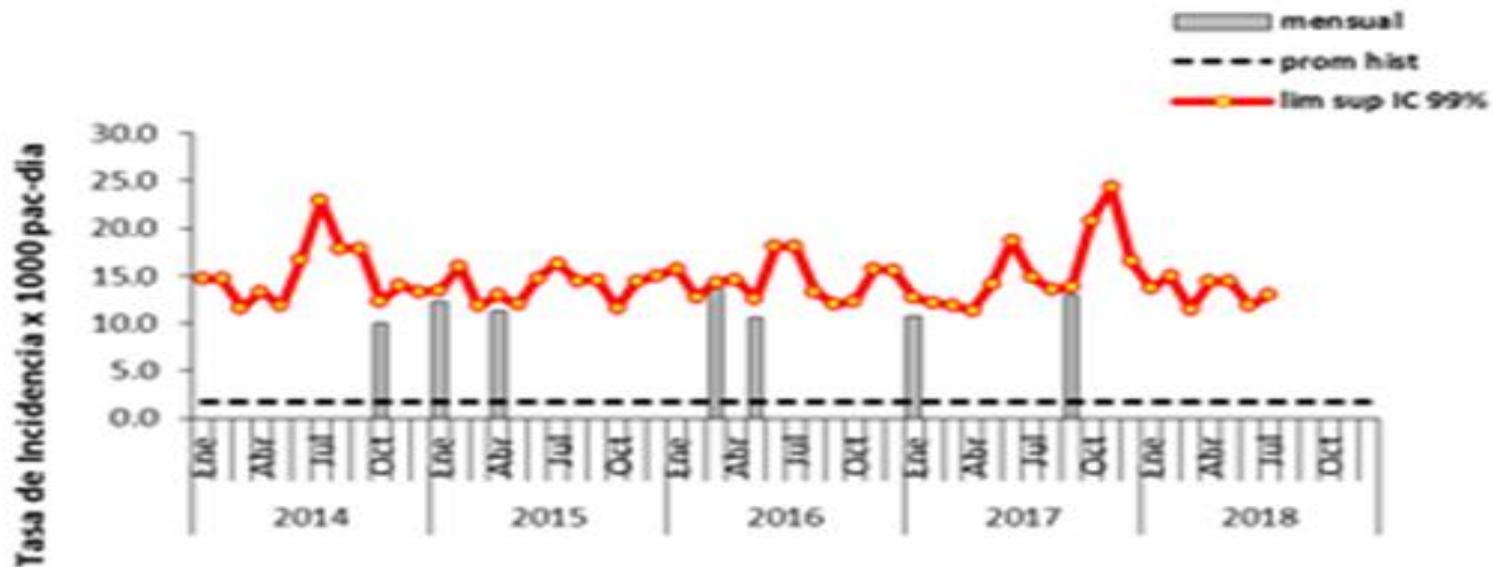
VE en ITU asociado a CUP en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) Julio 2018



Dos casos de Infección Urinaria Asociada a Catéter Urinario Permanente, que representa una tasa de densidad de incidencia de 5.48 x 1000 días/catéter. Se identificaron 49 pacientes vigilados con 365 días de exposición. Se sigue aplicando de las listas de cotejo de la metodología Bundle para prevenir las infecciones urinarias asociadas a catéter urinario.

VE en ITU Asociado a Catéter Urinario. Servicio de UCI Cardiovascular. HNDM 2014-2018

IIH: Densidad de Incidencia en Infección de Tracto Urinario Asociada a Catéter Urinario Permanente UCI Cardiovascular HNDM 2014 - 2018



Durante el mes de Julio del año 2018 en la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovascular no se han reportado casos de ITU Asociado a Catéter Urinario Permanente.
Durante este mes se vigilaron 09 pacientes con 88 días de exposición.

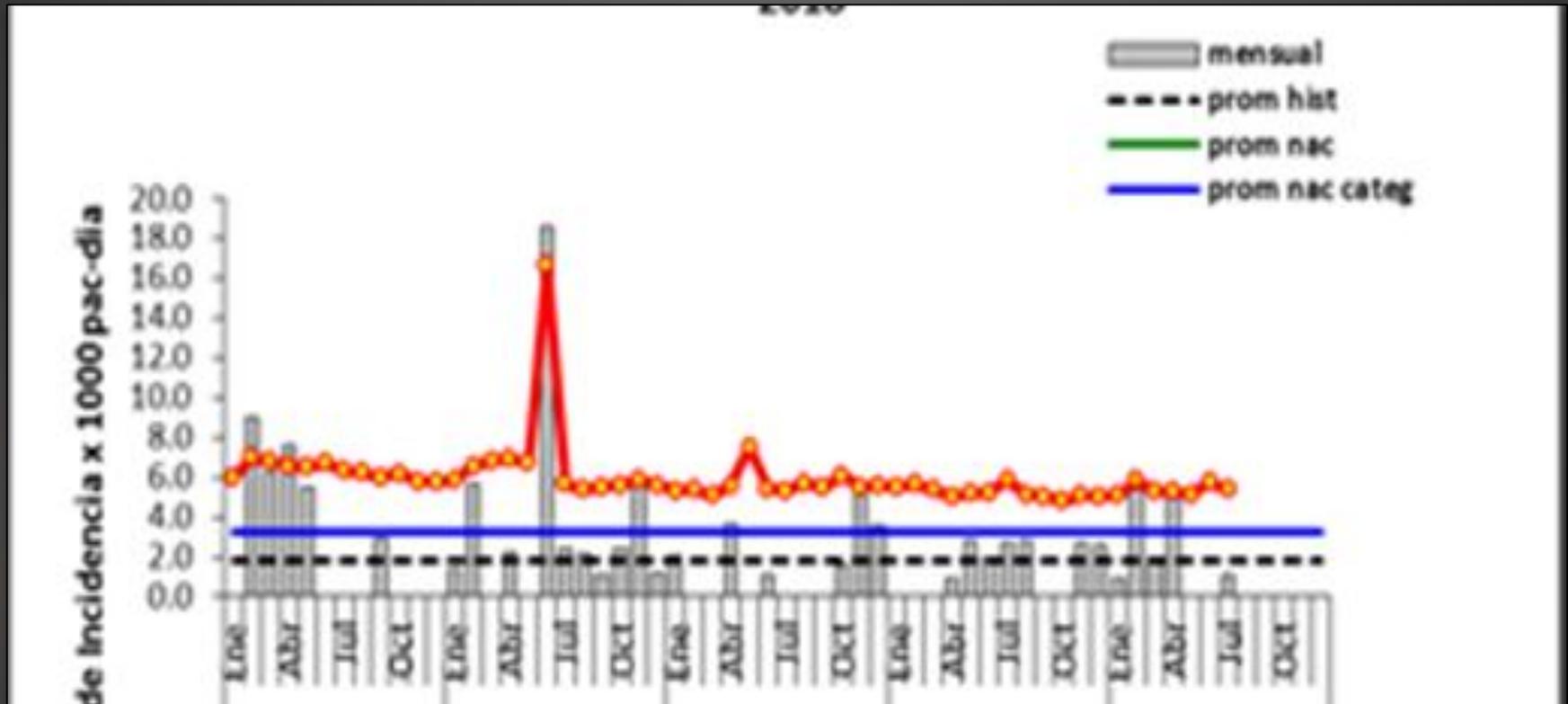
Fuente: Base de Datos de VEA-HNDM



VE en ITU Asociado a Catéter Urinario Permanente. UCI Pediátrica. HNNDM 2014-2018.

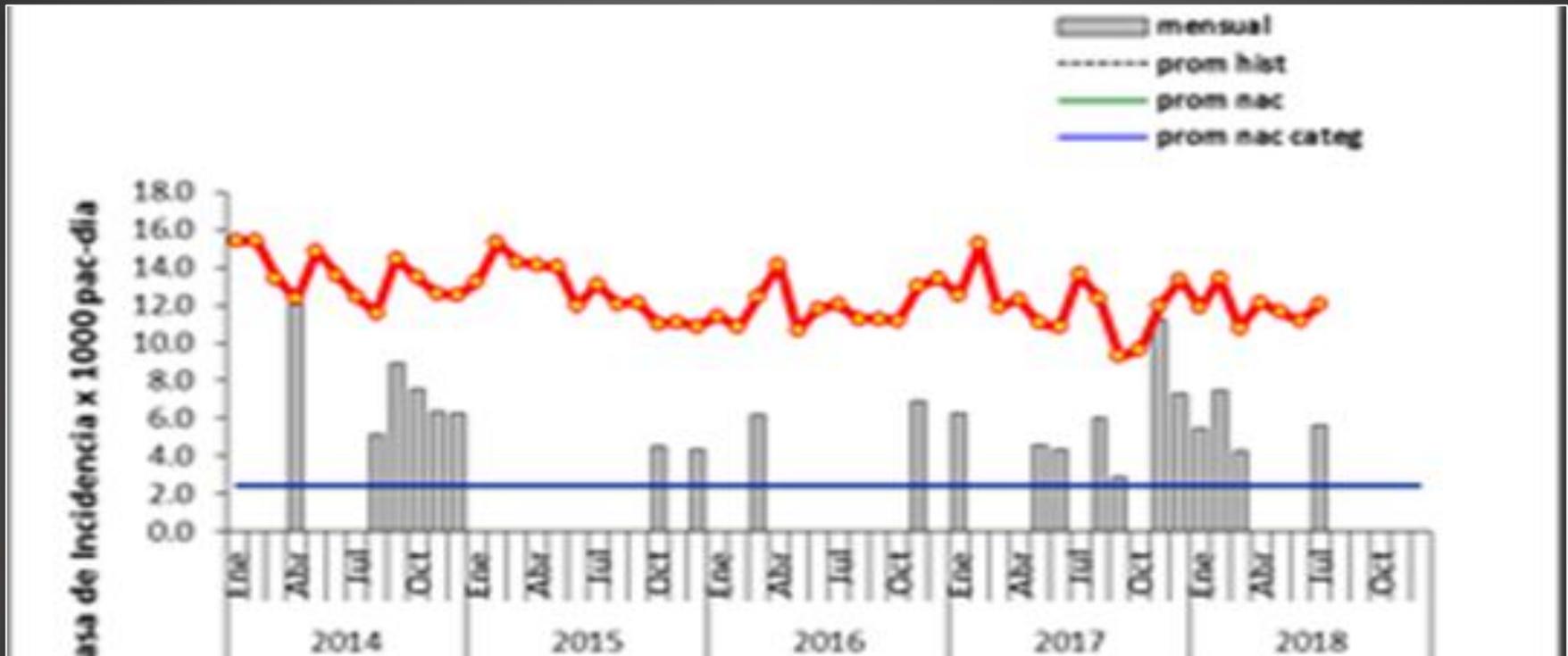
- ▶ **Cero casos Infección Urinaria Asociada a Catéter Urinario Permanente en el mes de Julio del año 2018 en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica.**
- ▶ **Se vigilaron 05 pacientes con 59 días de exposición.**
- ▶ **En el servicio de UCI Pediátrica, se está desarrollando la estrategia Bundle mediante la aplicación de las listas de cotejo, como medida preventiva de las Infecciones Urinarias Asociadas a Catéter Urinario.**

VE en ITU Asociado a Catéter Urinario. Servicio de Medicina. HNDM 2014-2018



Un caso de ITU asociada a CUP durante el mes de Julio del año 2018 en el Departamento de Medicina, con una Tasa de Densidad de Incidencia de 1.05 x 1000 días/catéter. Se vigilaron 79 pacientes con 948 días de exposición. La metodología Bundle, se viene desarrollando en los servicios de Medicina, mediante la aplicación de las listas de cotejo como medida para prevenir la Infección Urinaria Asociada a Catéter Urinario.

VE en ITU Asociado a Catéter Urinario. Servicio de Cirugía. HNDM 2014-2018

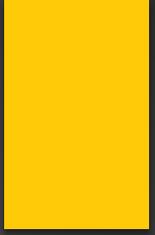


Fuente: Base de Datos de VEA-HNDM

Un caso de ITU, asociada a CUP, en el mes de Julio del año 2018, que representa una Tasa de Densidad de Incidencia de 5.65 x 1000 días/catéter.

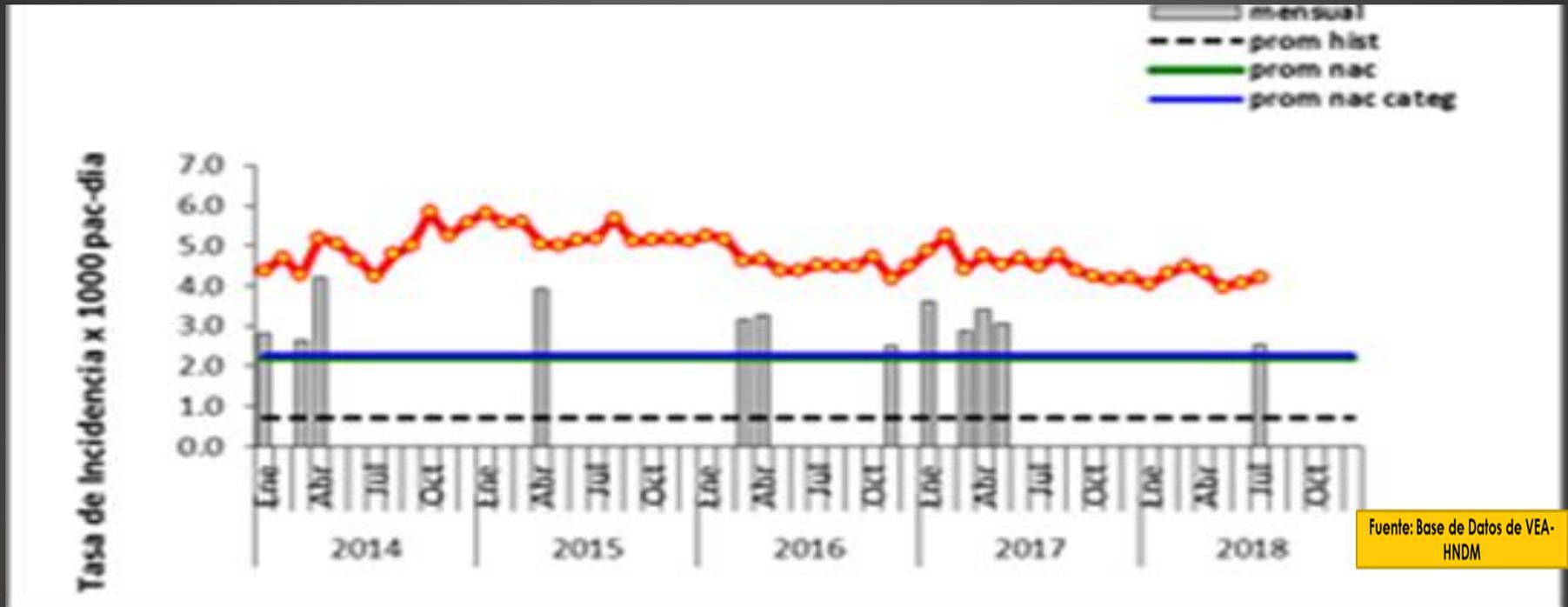
Se han vigilado 45 pacientes con 177 días de exposición.

Aún no se ha implementado en todos los servicios de cirugía la metodología Bundle, mediante la aplicación de las listas de cotejo como medida preventiva en los servicios de cirugía.



Vigilancia Epidemiología de Infecciones asociado a Catéter Venoso Central y Catéter Venoso Periférico

VE en Infección al Torrente Sanguíneo Asociado a CVC, Unidad de Cuidados Intensivos. HNMD. 2014-2018.



En relación a la Infección del Torrente Sanguíneo Asociado a Catéter Venoso Central en la Unidad de Cuidados Intensivos durante el mes de julio del 2018 se presentó un caso, que representa una tasa de densidad de incidencia de 2.54 x 1000 días/catéter. Se mantuvieron en vigilancia 53 pacientes con 393 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.

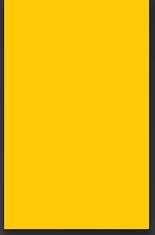
VE Infección al Torrente Sanguíneo Asociado a CVC. UCI de Neonatología.HNDM.2014-2018.

- ▶ Cero casos de Infecciones al Torrente Sanguíneo asociada a CVC en el servicio de UCI de Neonatología, en el mes de Julio del año 2018.
- ▶ Estuvieron sometidos a vigilancia epidemiológica 10 pacientes con 96 días de exposición.
- ▶ Se han fortalecido las medidas de bioseguridad son las acciones de mayor impacto.

VE en Infección al Torrente Sanguíneo Asociado a CVP.

UCI Neonatología.
HNDM.2014-2018.

- ▶ Cero casos de Infecciones de Torrente Sanguíneo Asociada a Catéter Venoso Periférico, durante el mes de Julio del año 2018, en el Servicio de Neonatología.
- ▶ Se sometieron a vigilancia epidemiológica 16 pacientes con 55 días de exposición.



Vigilancia Epidemiologica de Infecciones de Herida Operatoria

VE en Infección de Herida Operatoria Asociada a Colecistectomía.

Servicio de cirugía HNDM.2014-2018.

- ▶ Cero casos de Infecciones de Sitio Quirúrgico, en el Mes de Julio del 2018.
- ▶ Se vigilaron 92 pacientes sometidos a Colecistectomía.
- ▶ Las infecciones de Cirugías limpias están consideradas como un excelente indicador de calidad por toda institución hospitalaria, por lo que constituyen una prioridad en la vigilancia de infecciones intrahospitalarias.

VE en Infección de Herida Operatoria asociada a Hernioplastia Inguinal.

Servicio de Cirugía. HNNDM.2014-2018.

- ▶ **Cero casos reportados de Infección de Sitio Quirúrgico asociado a Hernioplastia Inguinal, en el mes de Julio del año 2018.**
- ▶ **Se vigilaron 20 pacientes sometidos a hernioplastia.**
- ▶ **La prevención de las Infecciones de Sitio Quirúrgico es uno de los objetivos principales de los protocolos de prevención de las infecciones intrahospitalarias.**

VE en Infección de Herida Operatoria en Cesáreas. Servicio de Obstetricia. HNDM 2014-2018.

- ▶ Cero casos reportados de Infección de Sitio Quirúrgico asociado a Hernioplastia Inguinal desde el año 2014 hasta Julio del 2018.
- ▶ Se vigilaron 20 pacientes sometidos a hernioplastia.
- ▶ La prevención de las Infecciones de Sitio Quirúrgico 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.

VE en Endometritis Puerperal en Partos Vaginales.

Servicio de Obstetricia

HNDM.2014-2018.

- ▶ Cero casos reportados de Infección de Sitio Quirúrgico asociado a Hernioplastia Inguinal desde el año 2014 Julio del año 2018.
- ▶ Durante el mes de Julio, se vigilaron 20 pacientes sometidos a hernioplastia.

VE en Endometritis Puerperal en Cesáreas. Servicio de Obstetricia. HNDM.2014-2018.

- ▶ Cero casos reportados de endometritis puerperal por cesárea en el mes de Julio del 2018.
- ▶ La presencia de endometritis puerperal por cesárea está relacionada al número de tactos vaginales realizados antes de la cesárea.
- ▶ Las Cesáreas realizadas fueron 182 durante el mes de Julio.

**“VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE
DAÑOS DE NOTIFICACION
OBLIGATORIA”
JULIO 2018**



Daños de Notificación Obligatoria. Julio del 2018

Distribución de Casos Según Sexo. Julio 2018

SEXO	Nº	%
Femenino	15	36%
Masculino	27	64%

Distribución de Casos Según Grupo Etario. Julio 2018.

GRUPO ETARIO	Nº	%
Menores 1 año	5	12%
1-9 años	3	7%
10-19 años	1	2%
20-64 años	27	64%
65 a más	6	14%

Se notificaron un total de 42 daños de notificación obligatoria durante Julio 2018, de los cuales el mayor porcentaje (68%) corresponde al grupo etario de 20 a 64 años, seguido de los adultos mayores de 65 años y de los menores de 1 año (14% y 12% respectivamente).

Daños de Notificación Obligatoria según Tipo Diagnostico. HNDM . Julio 2018

DAÑO	TIPO DE DIAGNOSTICO							
	CONFIRMADO		DESCARTADO		PROBABLE		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Influenza	3	13	7	70	8	89	18	43
Hepatitis B	15	65	0	0	0	0	15	36
Síndrome de Guillain Barré	4	17	0	0	0	0	4	10
Varicela sin Complicaciones	1	4	0	0	0	0	1	2
Rubeola	0	0	1	10	0	0	1	2
Dengue sin Señales de alarma	0	0	1	10	0	0	1	2
Bartonelosis aguda	0	0	0	0	1	0	1	2
Leptospirosis	0	0	1	10	0	11	1	2
Total General	23	100	10	100	9	100	42	100

Del total de daños notificados, el 43% corresponde a Influenza (18); seguido de Hepatitis B con el 36% (15 casos), Guillian Barré con un 10% (4 casos).

Daños de Notificación Obligatoria según Condición del Diagnóstico HNDM, Julio 2018

TIPO DE DIAGNÓSTICO	Nº	%
Confirmado	23	55%
Descartado	10	24%
Probable	9	21%
Total General	42	100%

El 55%(23) de los casos fueron confirmados, descartándose un 24% (10), quedando un 21% de casos como probable, por estar el resultado pendiente.

Distribución de Casos según Lugar Probable de Adquisición de la Infección, HNDM, Julio 2018

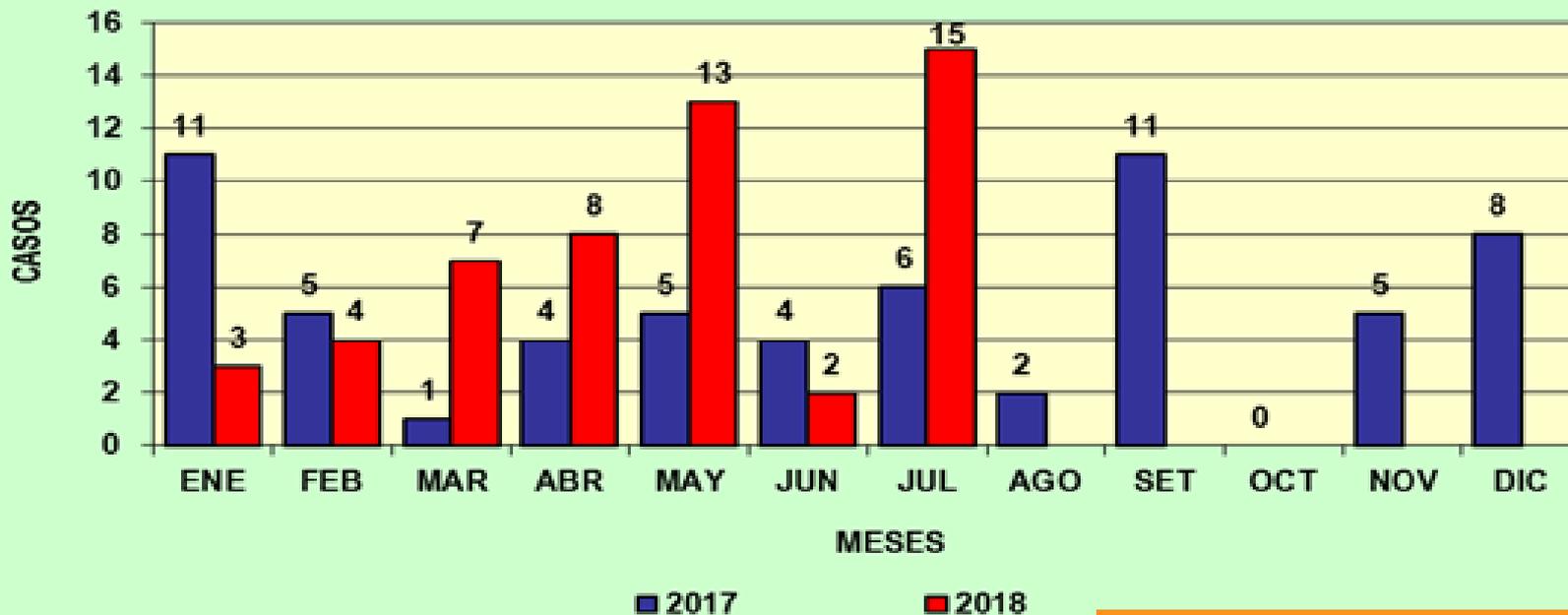
LUGAR PROBABLE	Nº	%
Lima	33	79%
Huánuco	2	5%
Ancash	2	5%
Ucayali	1	2%
Huancavelica	1	2%
Panamá	1	2%
Junín	1	2%

El 79% de los casos proceden de Lima, ya que es la ciudad que concentra la mayor población del país, seguido de los departamentos de Huánuco y Ancash (5%), en menor % los departamentos de Ucayali, Huancavelica, Junín y Piura (2%).

Daños de Notificación Obligatoria

Casos de Hepatitis B. Julio 2018

**GRAFICO COMPARATIVO DE CASOS DE HEPATITIS B
AÑOS 2017 – 2018**



Fuente: Base de datos de VEA – HNDM

Los casos de Hepatitis “B” a Julio del 2018, se encuentra en 15 casos. Según el gráfico comparativo de hepatitis B, durante el presente año los casos se incrementaron en los meses de Marzo, Abril, Mayo y Julio 2018.

Casos de Diarrea Acuosa Aguda según Grupo Etario y Distrito de Procedencia, HNDM, Julio 2018

Distrito	N° De Casos*			Total
	< 1 A	1-4 A	5 A+	
Lima	16	14	36	66
La Victoria	11	18	7	36
San Juan De Lurigancho	2	6	7	15
Villa El Salvador	0	4	0	4
San Luis	0	0	4	4
Villa María del Triunfo	0	0	3	3
Surquillo	1	0	0	1
Ate	0	1	0	1
San Juan de Miraflores	0	0	1	1
San Borja	1	0	0	1
Jesús Maria	0	1	0	1
San Martin de Porres	0	0	0	0
Total General	31	44	58	133

En Julio se notificaron un total de 133 episodios de Diarrea Acuosa Aguda, siendo el grupo etario más afectado de 5 años a más, siendo los distritos de Lima y La Victoria, los de mayor procedencia.

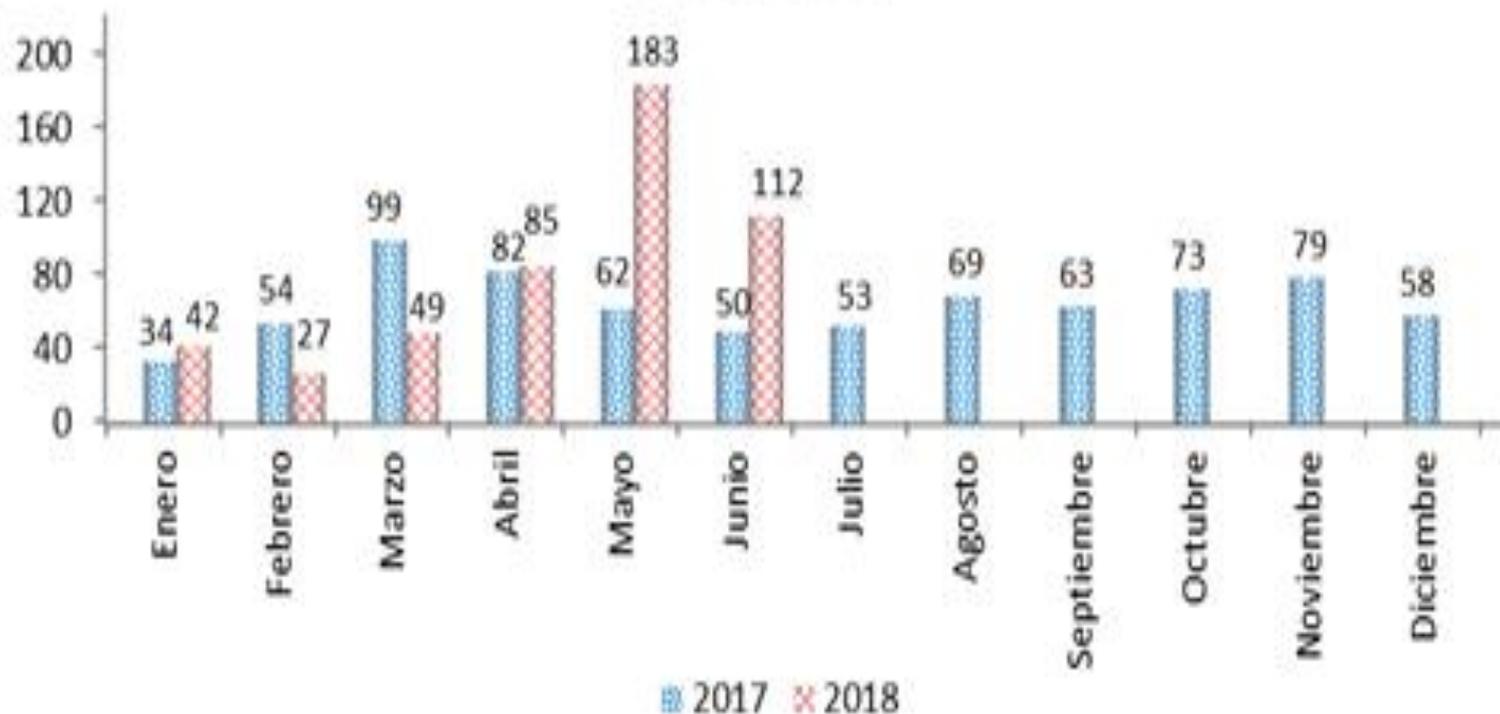
Total de Casos de EDA por Grupo Etario, HNDM. Julio 2017-2018

Mes	< 1 año		1-4 años		5 años a +	
	2017	2018	2017	2018	2017	2018
Enero	14	57	58	105	96	145
Febrero	47	24	87	72	112	122
Marzo	38	39	60	47	120	55
Abril	31	48	70	83	137	104
Mayo	34	37	43	80	116	112
Junio	32	14	45	40	84	32
Julio	26	-	42	-	60	-
Agosto	47	-	94	-	77	-
Septiembre	22	-	70	-	111	-
Octubre	14	-	108	-	115	-
Noviembre	32	-	91	-	96	-
Diciembre	22	-	67	-	71	-

Comparando las atenciones de EDAS de Julio 2018 en relación al año 2017, se observa que éstas han disminuido ligeramente en el grupo de 5 años a más; presentando una tendencia de incremento y comportamiento estacional en los meses de verano.

Fuente: Base de Datos de VEA-
HNDM

Análisis Comparativo Total Casos SOBA/Asma Periodo 2017 y 2018



Fuente: Base de datos de VEA – HNDM

El gráfico nos muestra una elevación más del 50%, en contraste a los reportados hace un año atrás.

Casos de SOBA/ASMA según Grupo Etario y Distrito de Procedencia.

HNDM, Julio 2018

DISTRITO	N° DE CASOS		Total
	< 2 a	2-4 a	
Lima	31	18	49
La Victoria	21	11	32
San Luis	4	1	5
El Agustino	2	1	3
San Juan De Lurigancho	2	0	2
Transito	2	0	2
Lurigancho	1	1	2
San Borja	0	2	2
San Juan de Miraflores	1	0	1
Santa Anita	1	0	1
Los Olivos	0	1	1
San Martin de Porres	1	0	1
Total General	66	35	101

Se atendieron un total de 101 episodios de SOBA/Asma; siendo los menores de 2 años los más afectados (&%%) correspondiendo a los distritos de Lima y La Victoria, la mayor procedencia de casos.

Análisis Comparativo Total Casos de IRA Periodo 2017 y 2018



Fuente: Base de datos de VEA – HNDM

Se atendieron un total de 112 episodios de SOBA/Asma; siendo los menores de 2 años los más afectados, correspondiendo a los distritos de Lima y La Victoria la mayor procedencia de casos.

Casos de Neumonía, Según grupo etario. Cuadro Comparativo, Años 2017- 2018

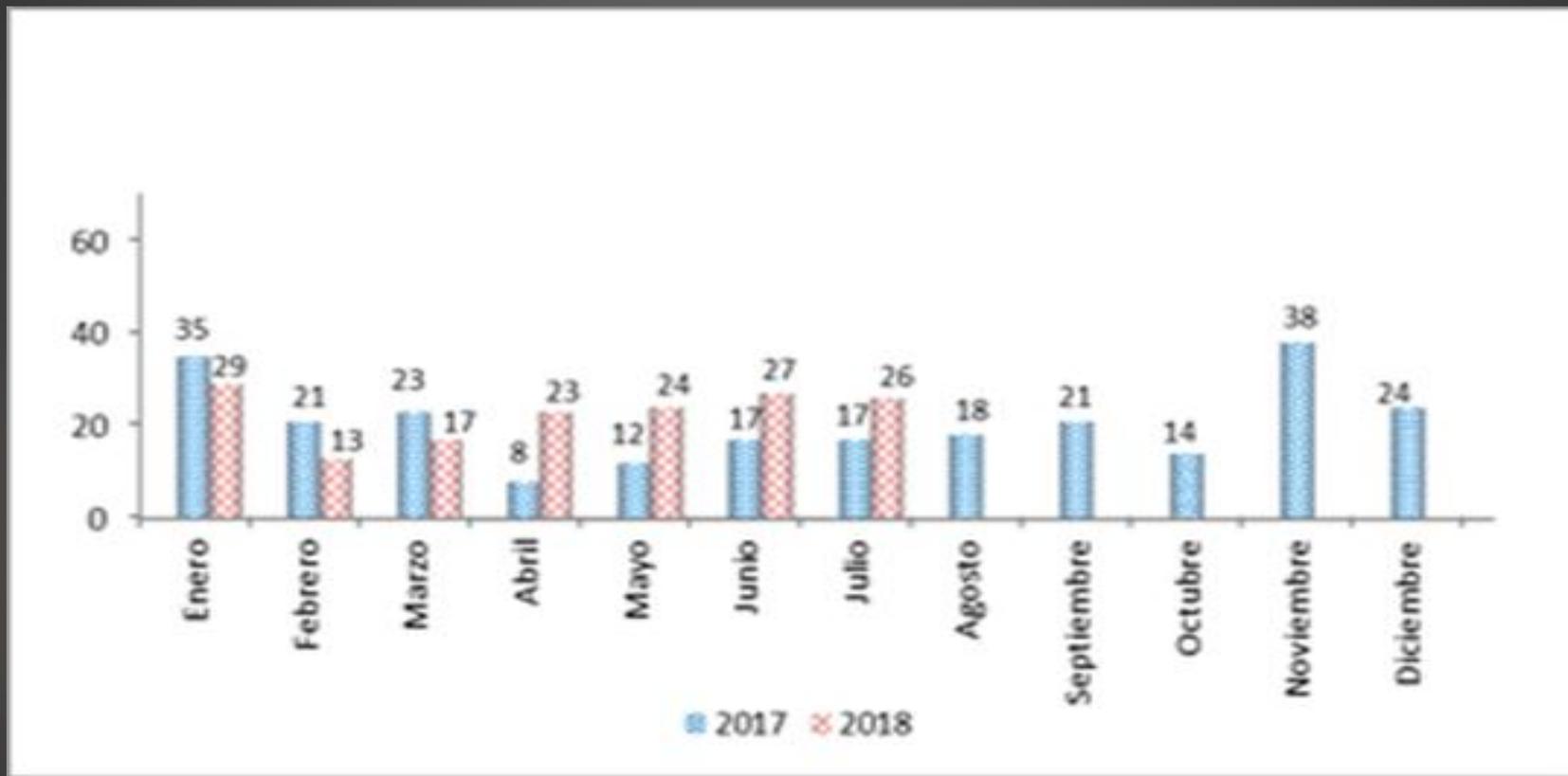
Mes	< 2 meses		2-11 meses		1-4 años		5-9 años		10-19 años		20-59 años		60 años a más	
	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018
Ene	2	3	4	8	6	7	8	3	7	1	5	9	10	13
Feb	4	1	15	4	8	2	3	1	-	1	3	-	9	8
Mar	1	1	13	1	20	3	5	1	1	1	2	1	12	13
Abr	4	1	7	5	10	11	3	4	-	1	-	3	2	10
May	1	10	7	25	6	18	1	8	1	-	1	3	5	5
Juni	1	1	5	9	5	18	5	4	3	-	3	2	4	11
Juli	1	5	3	8	5	12	-	6	-	-	1	5	11	8
Ago	1		5		5		5		-		4		6	
Sep	2		9		10		6		1		4		7	
Oct	-		6		9		3		2		1		6	
Nov	2		11		10		5		3		7		17	
Dic	-		5		10		6		2		7		6	

Durante el mes de Julio 2018 se hospitalizaron, un total de 44 pacientes por Neumonía; observándose un incremento durante los meses de invierno, en relación al año anterior, manteniendo un comportamiento estacional.

Fuente: Base de Datos de VEA-HNDM

Respecto a los casos por Neumonías en el mes de Julio, los casos se incrementaron, sobre todo en los grupos etarios de 2 a 11 meses y en los adultos mayores de 60 años a más.

Análisis Comparativo de Total Casos de Neumonía Periodo 2017 y 2018



Fuente: Base de datos de VEA – HNDM

Las poblaciones más vulnerables para esta patología, han sido las poblaciones con edades extremas, menores de 11 meses y mayores de 60 años.

Atenciones de Infección Respiratoria Aguda (IRA) Según Grupo Etario y Distrito de Procedencia, HNDM, Julio 2018

DISTRITO	N° DE CASOS			Total
	< 2 m	2-11 m	1-4 a	
Lima	8	61	115	184
La Victoria	10	42	80	132
San Juan De Lurigancho	2	7	11	20
El Agustino	0	4	8	12
San Luis	3	2	2	7
Ate	0	1	4	5
Santa Anita	1	0	2	3
San Borja	0	0	2	2
Independencia	0	0	1	1
Pucusana	0	0	1	1
Villa el Salvador	0	0	1	1
Breña	0	1	0	1
San Juan de Miraflores	0	1	0	1
San Martín de Porres	0	1	0	1
Total General	24	120	227	371

Fuente: Base de Datos de VEA-HNDM

Durante el mes de Julio 2018, se atendieron un total de 371 episodios de IRAS; correspondiendo el mayor número de atenciones al grupo etario de 1 a 4 años (61%). Lima y La Victoria es el distrito de mayor procedencia de casos.

Total de Casos IRAS, HNDM 2017-2018

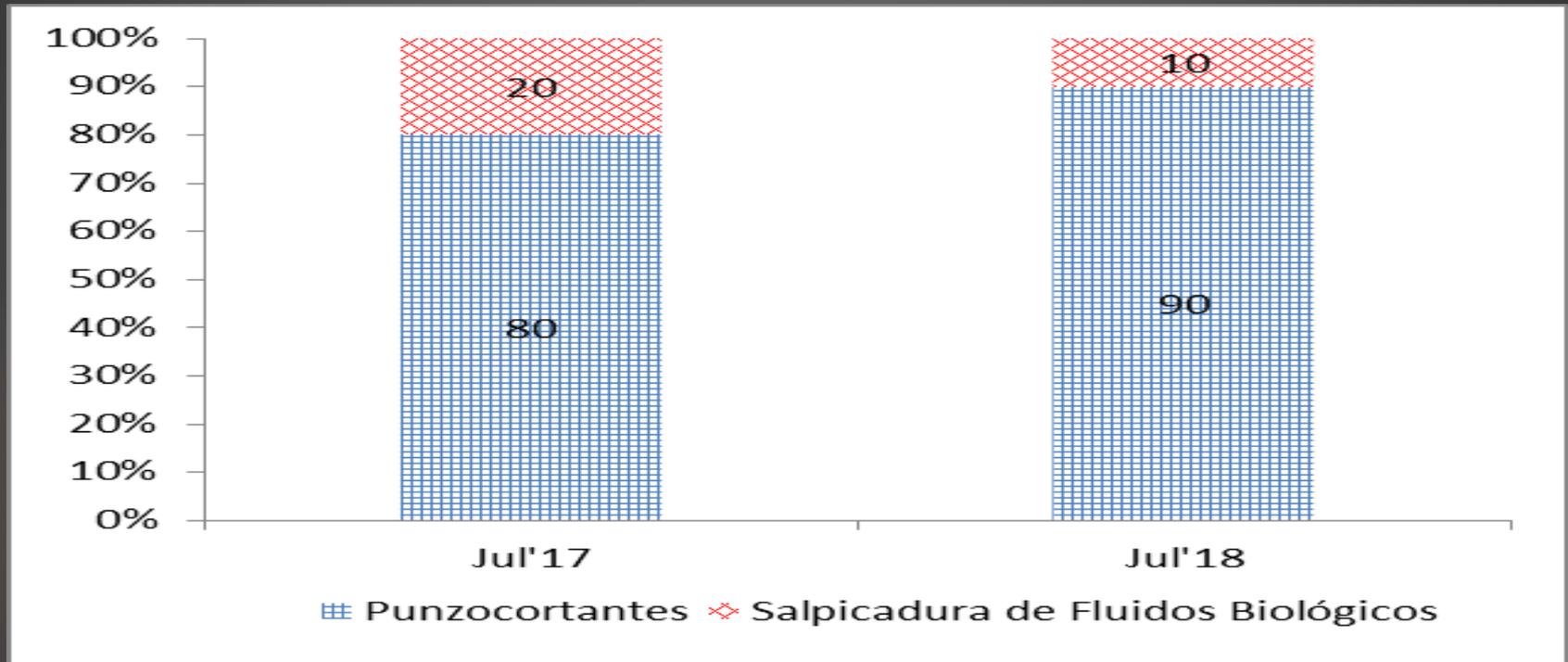


En relación al año anterior, las atenciones de IRAs se han incrementado en los meses de Mayo, Junio y Julio del 2018, manteniéndose una tendencia estacional de incremento sobre todo en los meses de invierno.

**“VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE
ACCIDENTES LABORALES POR
EXPOSICION A FLUIDOS BIOLÓGICOS
Y/O OBJETOS PUNZOCORTANTES”
JULIO 2018**

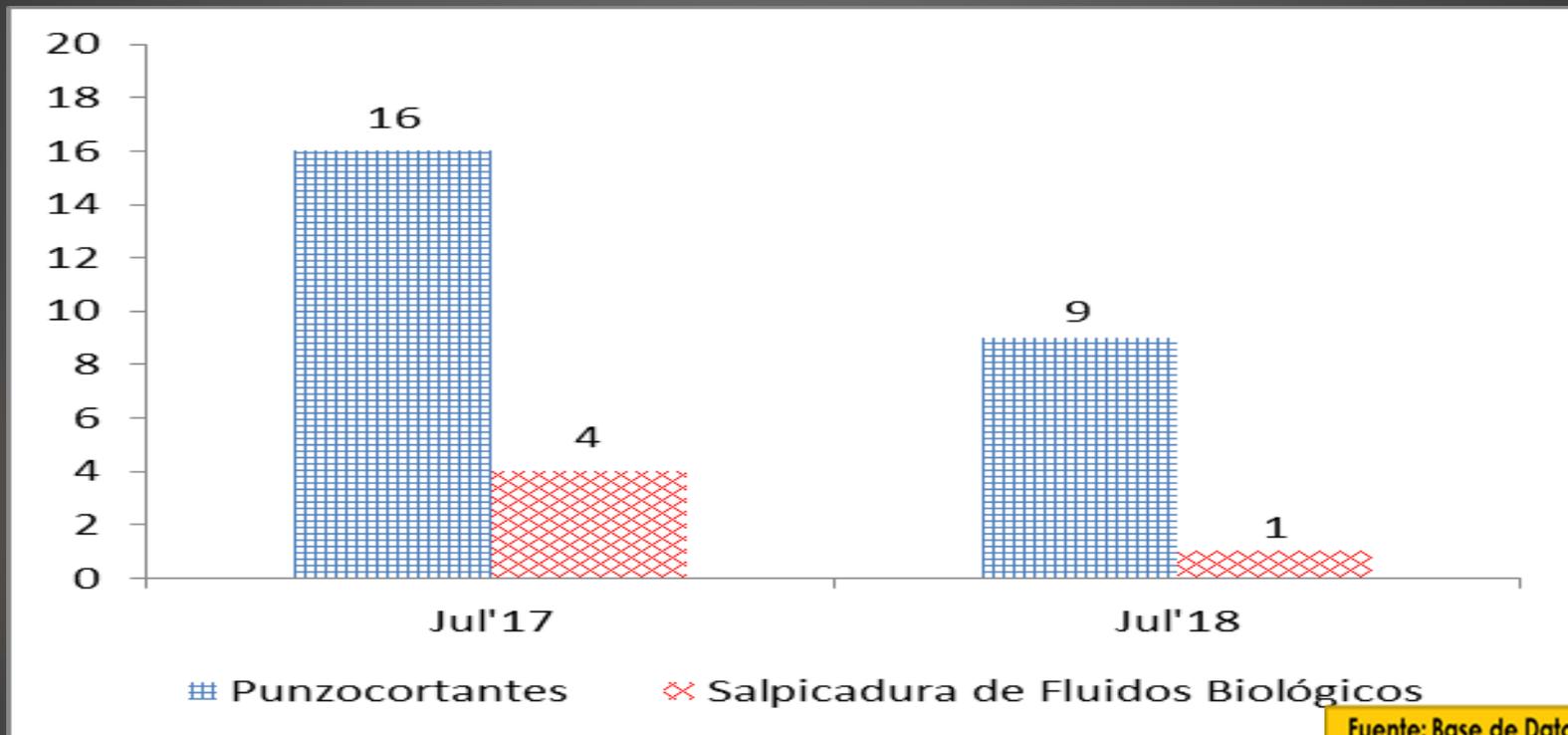


Comparativos Accidentes laborales por Exposición a Fluidos Biológicos y/o Objetos Punzocortantes por Grupo Ocupacional



- ▶
- ▶ En Julio del 2018, se notificaron 10 casos de Accidentes Laborales por exposición a Fluidos biológicos y/o Objetos punzocortantes (100%), se aprecia que la mayor ocurrencia de Accidentes Laborales fue por exposición a objetos punzocortantes con 09 casos (90%), seguido de accidentes laborales por exposición a Fluidos biológicos – Salpicaduras con 01 caso (10%).

Comparativo Accidentes laborales por Exposición a Fluidos Biológicos y/o Objetos Punzocortantes por Grupo Ocupacional. Julio 2017 y Julio 2018



Fuente: Base de Datos de VEA-HNDM

Los casos de accidentes laborales por salpicadura de Fluidos biológicos, se presentaron en menor frecuencia en relación a Julio del 2017.

Accidentes Laborales por Exposición a Fluidos Corporales y/o Objetos Punzocortantes Según Grupo Ocupacional

Grupo Ocupacional	Salpicadura		Punzocortantes		Total del mes		Acum. a Junio	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Interno de Medicina	1	100	2	22	3	30	27	31
Médico Residente	0	0	5	56	5	50	17	20
Enfermera	0	0	0	0	0	0	7	8
Técnico de Enfermería	0	0	0	0	0	0	7	8
Técnico de Laboratorio	0	0	1	11	1	10	6	7
Interno de Enfermería	0	0	0	0	0	0	5	6
Médico Asistente	0	0	1	11	1	10	5	6
Personal Limpieza	0	0	0	0	0	0	4	5
Auxiliar de Nutrición	0	0	0	0	0	0	2	2
Tecnólogo Médico	0	0	0	0	0	0	2	2
Estudiante de Técnico de Enfermería	0	0	0	0	0	0	2	2
10 estudiantes de Medicina	0	0	0	0	0	0	1	1
Interno de Odontología	0	0	0	0	0	0	1	1
Total	1	100	9	100	10	100	86	100

Durante Julio del presente año se observa que en 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 por Objetos Punzocortantes (80%), siendo los Médicos residentes los que presentan el mayor número de casos (50%), seguido de Internos de Medicina (30%).

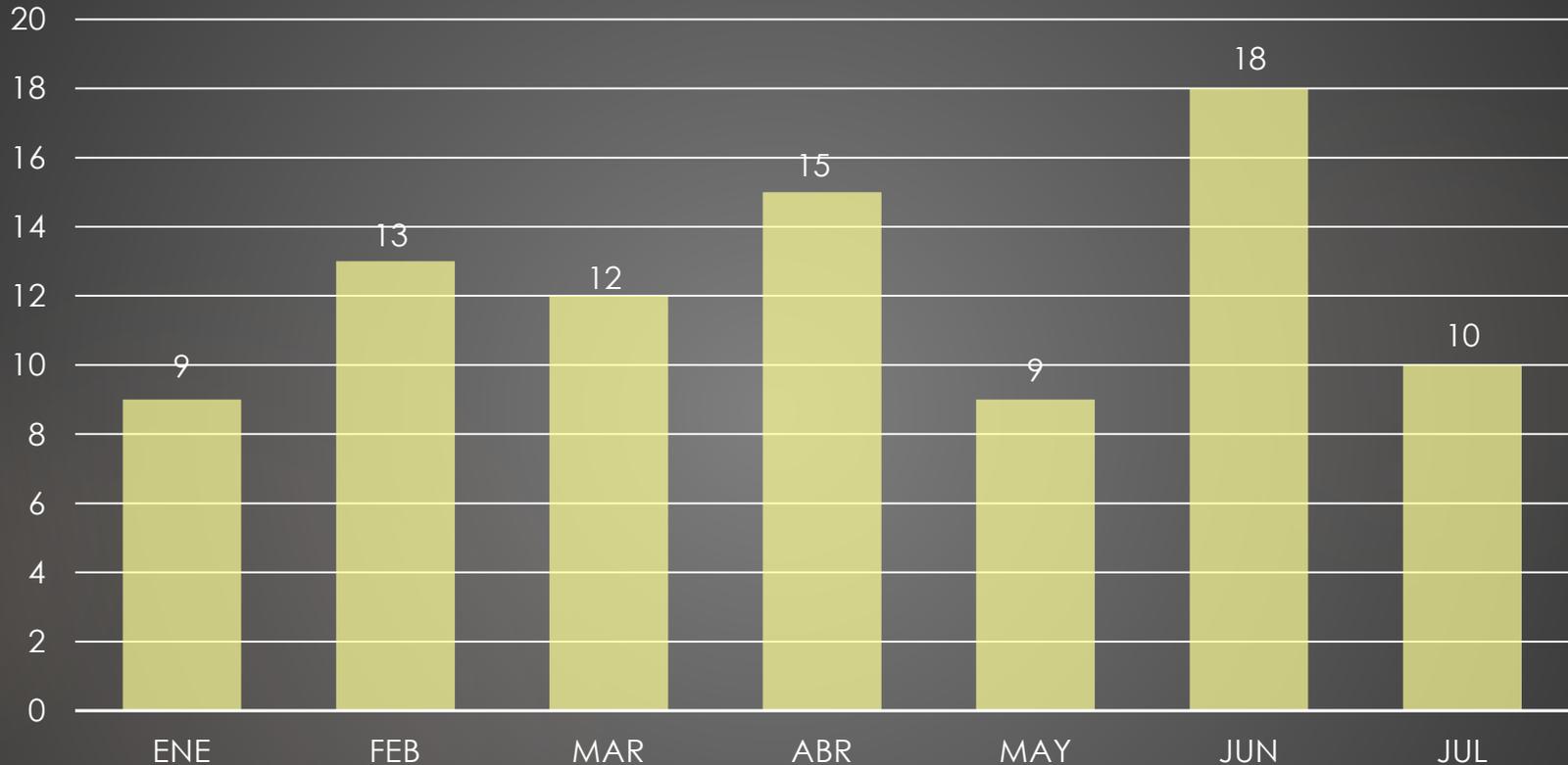
Fuente: Base de Datos de VEA-HNDM

Accidentes Laborales por Exposición a Fluidos Corporales y/o Objetos Punzocortantes Según Grupo Ocupacional

Servicio donde ocurre el accidente	Salpicadura		Punzo cortantes		Total Mes		N° Acum. a Julio	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Emergencia Adultos	1	100	1	11	2	20	31	36
UCI General	0	0	0	0	0	0	5	6
Patología Clínica y Anat Patológica	0	0	0	0	0	0	5	6
SOP Emergencia	0	0	1	11	1	10	5	6
SOP Central	0	0	1	11	1	10	4	5
Santo Toribio	0	0	0	0	0	0	3	3
Centro Obstétrico	0	0	1	11	1	10	4	5
El Carmen	0	0	0	0	0	0	2	3
Obstetricia H-2	0	0	0	0	0	0	2	2
Cirugía H-4	0	0	1	11	1	10	3	3
Oncología Ginecológica	0	0	0	0	0	0	2	2
Nutrición	0	0	0	0	0	0	2	2
Urología I-1	0	0	1	11	1	10	3	3
Cirugía I-4	0	0	0	0	0	0	2	2
Julián Arce	0	0	0	0	0	0	2	2
Santa Rosa II	0	0	1	11	1	10	2	2
Santa Ana	0	0	0	0	0	0	1	1
Cirugía I-3	0	0	0	0	0	0	1	1
San Pedro	0	0	1	11	1	10	2	2
Centro Endoscópico	0	0	0	0	0	0	1	1
Emergencia Pediátrica	0	0	0	0	0	0	1	1
Pediatría	0	0	0	0	0	0	1	1
UCI Cardiovascular	0	0	0	0	0	0	1	1
Total	7	100	9	100	10	100	86	100

Se observa que los tres servicios con mayor ocurrencia de casos de Accidentes laborales por exposición a Fluidos biológicos y/o objetos punzocortantes fueron en orden de incidencia, los servicios de Emergencia Adultos (36%), seguido de Uci General (6%), Sala de Operaciones de Emergencia (6%).

Tendencia Mensual de los Accidentes Laborales por Exposición a Fluidos Biológicos y /o objetos Punzocortantes



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 (31%), seguido de los Médicos residentes (20%).

Accidentes Laborales por Exposición a Fluidos Corporales y/o Objetos Punzocortantes Según Sexo. Julio 2018

Sexo	Salpicadura		Punzocortantes		Total Mes		N° Acum. a Junio	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Femenino	0	0	3	33	3	30	28	33
Masculino	1	100	6	67	7	70	58	67
Total	1	100	11	100	10	100	86	100

En Julio del presente año se observa que la 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 (70%), seguido del sexo masculino (30%).

Circunstancias Asociadas a los Accidentes Laborales por Exposición a Fluidos Corporales y/o Objetos Punzocortantes Julio 2018

Circunstancias asociadas a los accidentes	Salpicadura		Punzo-cortantes		Total Mes		N° Acum. a Julio	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Durante procedimiento de sutura	0	0	3	33	3	30	15	17
Durante un procedimiento (adm. TTO., inserción CVP, CVC, etc.)	0	0	2	22	2	20	11	13
Durante procedimiento Quirúrgico	0	0	0	0	0	0	8	9
Durante procedimiento de toma de muestra de AGA	0	0	0	0	0	0	8	9
Durante procedimiento de toma de muestra de Hemoglucofest	0	0	1	11	1	10	7	8
Durante segregación de residuos hospitalarios	0	0	0	0	0	0	6	7
Al reencapsular una aguja usada	0	0	2	22	2	20	6	7
Material fue dejado en lugar inadecuado	0	0	0	0	0	0	3	3
Durante toma de muestra	0	0	1	11	1	10	4	5
Durante el uso del material	0	0	0	0	0	0	2	2
Durante procedimiento de aspiración de secreciones	0	0	0	0	0	0	2	2
Después de uso de material, después de descartarlo	0	0	0	0	0	0	7	8
Al finalizar el procedimiento (recojo de material, catéter EV, IM, SC, CVC, Epidural, etc.)	0	0	0	0	0	0	1	1
Durante procedimiento de uso de bisturí	0	0	0	0	0	0	1	1
Durante procedimiento de infiltración de anestesia	1	100	0	0	1	10	2	2
Durante lavado de instrumento	0	0	1	9	1	6	1	1
Otros	0	0	0	0	0	0	2	2
Total	1	100	9	100	10	100	86	100

Las circunstancias estuvieron relacionado al procedimiento de sutura con 15 casos (17%), seguido del procedimiento de administración de tratamiento, inserción de CVP, CVC etc. con 11 casos (13%).

Turnos Asociados a los Accidentes Laborales por Exposición a Fluidos Corporales y/o Objetos Punzocortantes. Julio 2018

Turno en que sucedió el accidente	Salpicadura		Punzocortantes		Total Mes		N° ACUM. A JUN.	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Mañana	0	0	5	56	5	50	44	51
Tarde	0	0	2	22	2	20	21	24
Noche	1	100	2	22	3	30	21	24
Total	1	100	9	100	1810	100	86	100

Las actividades asistenciales dado que el mayor porcentaje de accidentes laborales por exposición a Fluidos biológicos y/o exposición a objetos punzocortantes se registraron durante el turno matutino (50%), seguido del turno nocturno (30%).

Zona de Localización Asociados a los accidentes Laborales por Exposición a Objetos Punzocortantes.

Zona de Localización del Accidente	Punzocortantes		N° ACUM. A JULIO	
	N°	%	N°	%
Dedo medio izquierdo, palma	4	44	9	14
Pulgar derecho, palma	2	22	9	14
Índice derecho, palma	1	11	9	14
Pulgar izquierdo, palma	1	11	8	13
Índice izquierdo, palma	0	0	7	11
Anular izquierdo, palma	1	11	7	11
Anular derecho, palma	0	0	3	5
Dedo medio derecho, palma	0	0	3	5
Palma mano derecha	1	9	3	5
Dorso mano izquierda	0	0	1	2
Antebrazo izquierdo	0	0	1	2
Muslo, pierna derecha	0	0	1	2
Palma mano izquierda	1	9	1	2
Meñique derecho, palma	1	9	1	2
Total	9	100	64	100

El 44% de los Accidentes por exposición a objetos punzocortantes según localización de la lesión se presentó en dedo medio izquierdo, palma, seguido del dedo pulgar derecho con 22%,

Zona de localización Asociados a los accidentes Laborales por Exposición a Fluidos Corporales, Julio 2018; HNDM

Zona de Localización del Accidente	Salpicadura		N° ACUM. A JULIO	
	N°	%	N°	%
Cara, ojo derecho	0	0	9	43
Cara, ojo izquierdo	0	0	6	29
Ambos ojos	1	100	2	9
Índice izquierdo, palma	0	0	1	5
Meñique derecho, palma	0	0	1	5
Índice derecho, dorso	0	0	1	5
Pulgar derecho, palma	0	0	1	5
Cara	0	0	1	5
Boca, frente	0	0	0	0
Total	1	100	22	100

El 100% de los Accidentes laborales por exposición a Fluidos biológicos – Salpicaduras según localización de la lesión se presentó en ambos ojos.

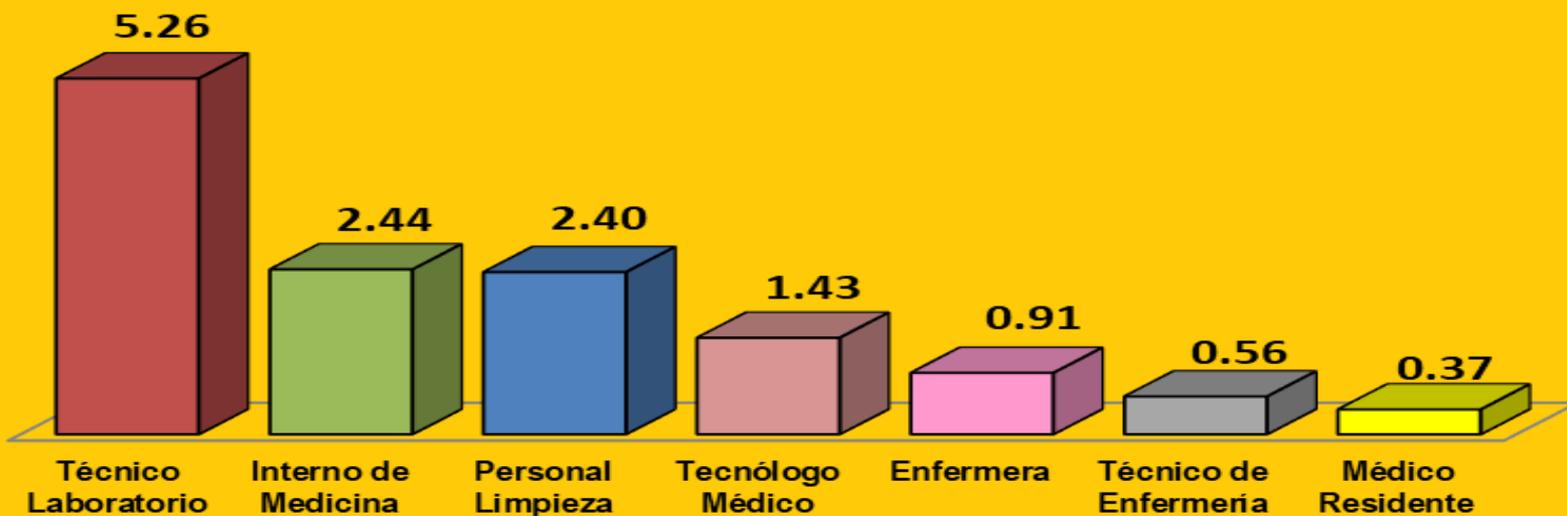
Tasa de Accidentabilidad por Grupo Ocupacional, Julio 2018

Grupo Ocupacional	Nº	Población	Tasa
Interno de Medicina	3	123	2.44
Médico Residente	5	272	1.84
Técnico Laboratorio	1	57	5.26
Médico Asistente	1	380	0.26
TOTAL	10		

La Tasa de Accidentabilidad por accidentes de trabajo más alta se ha presentado en el Grupo Ocupacional de los Internos de Medicina (2.44%), seguido de los Residentes de Medicina (1.84%).

Tasa de Accidentabilidad por Grupo ocupacional Julio 2018

Gráfico N° 03: Tasa de Accidentabilidad por Grupo Ocupacional



Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales - HNDM

Se observa que la Tasa de Accidentabilidad por accidentes de trabajo más alta se ha presentado en el Grupo Ocupacional de los Internos de Medicina (2.44%), seguido de los Médicos residentes (1.84%).

Fuente: Base de Datos de VEA-
HNDM

**“VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA
De ACCIDENTES DE TRANSITO
SEGUNDO TRIMESTRE 2018**

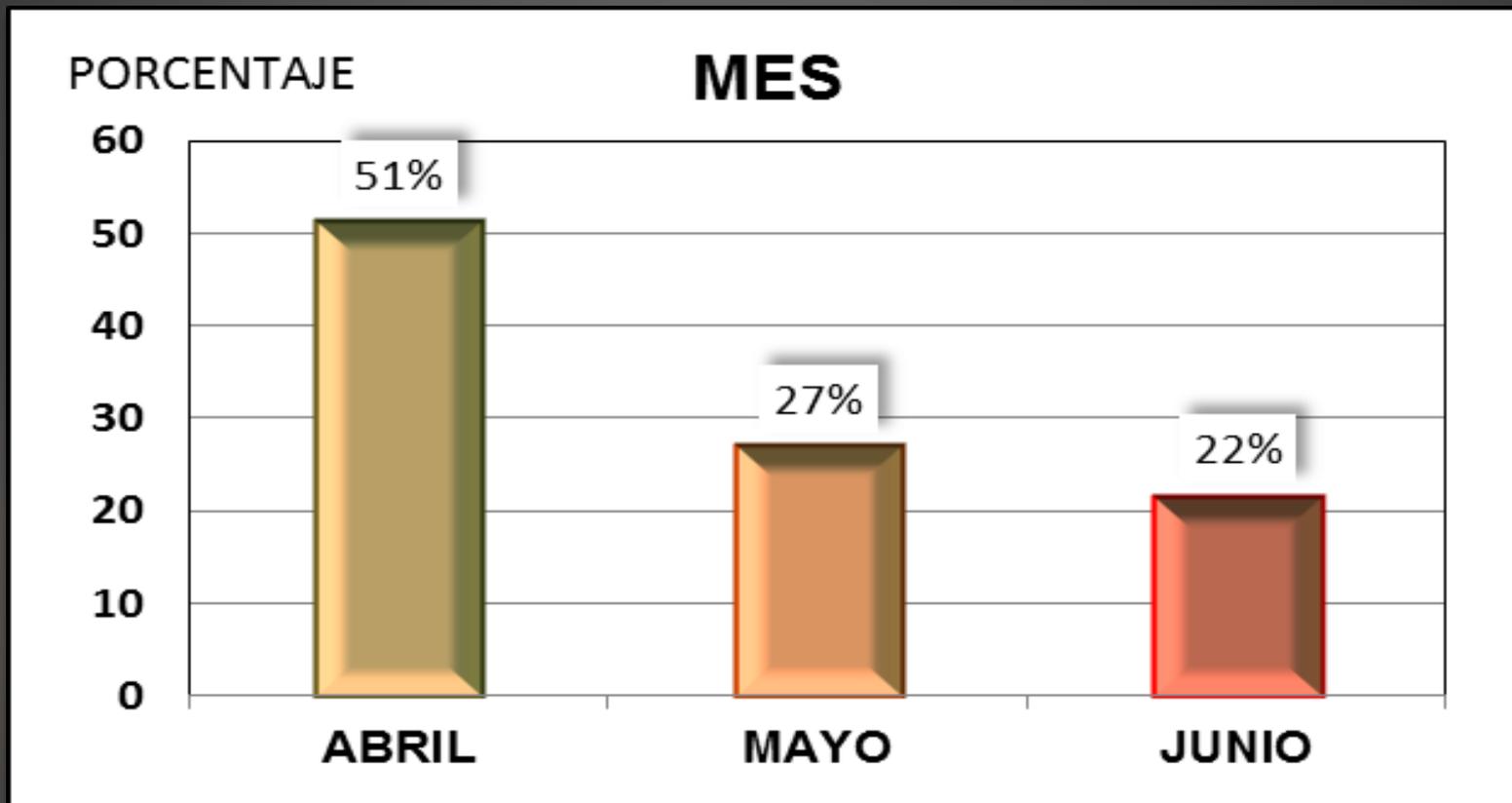


Número de atendidos por Accidentes de Tránsito en el HNDM. Segundo Trimestre del 2018

Mes	Número	%
Abril	38	51
Mayo	20	27
Junio	16	22
Total	74	100

En el segundo trimestre, hubo un total de 74 atendidos en el HNDM, correspondientes a accidentes de Tránsito.

Incidencia de Accidentes de Tránsito. Abril-Junio 2018



La mayor incidencia de atendidos por accidentes de tránsito en el segundo trimestre, corresponde al mes de Abril, con 38 casos que representa el 51% del total de casos atendidos (74 casos).

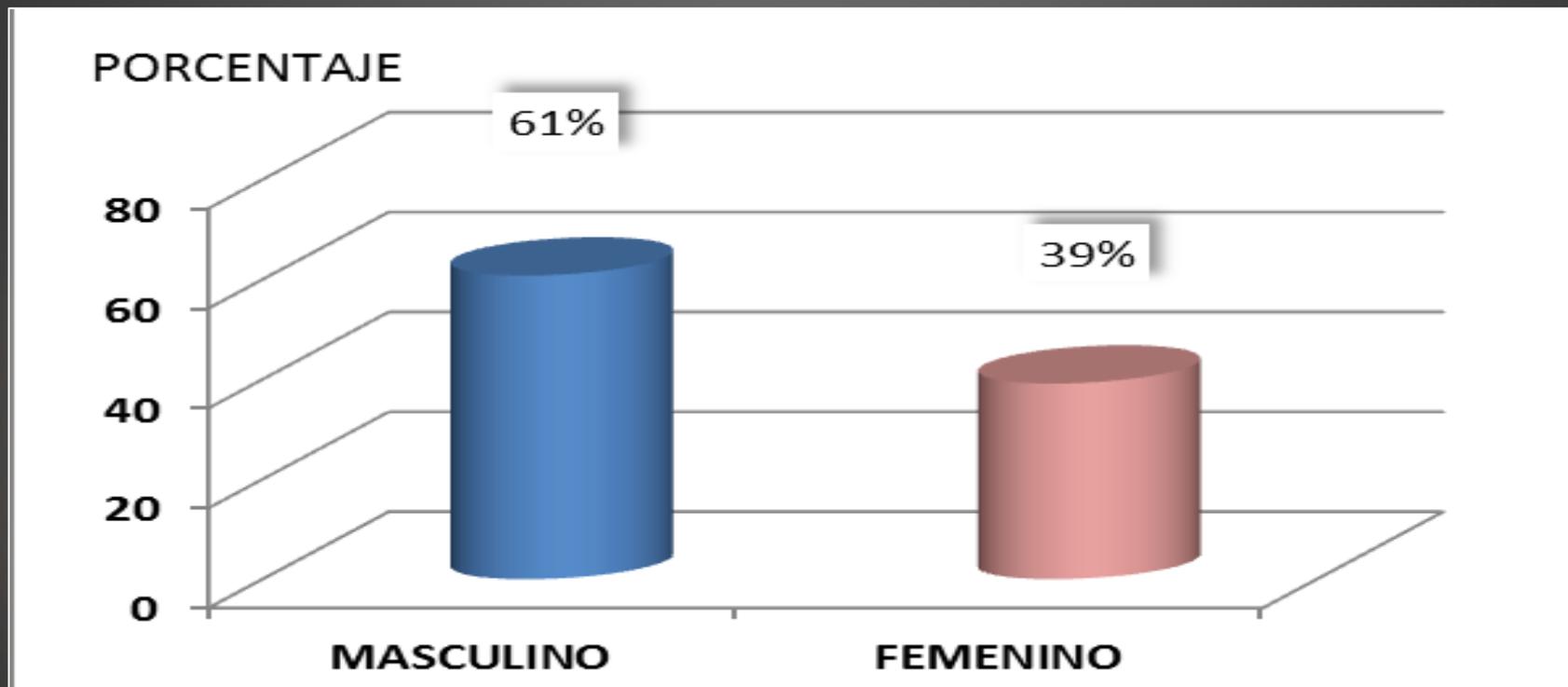
Número de Atendidos por Accidentes de Tránsito en el HNDM Según Sexo. Segundo Trimestre del 2018

Sexo	Número	%
Masculino	45	61
Femenino	29	39
Total	74	100

La prevalencia del sexo masculino entre los atendidos, sigue siendo la tendencia; en este segundo trimestre, represento el 61% de los casos

Incidencia de Accidentes de Tránsito, Según Sexo.

Abril-Junio 2018

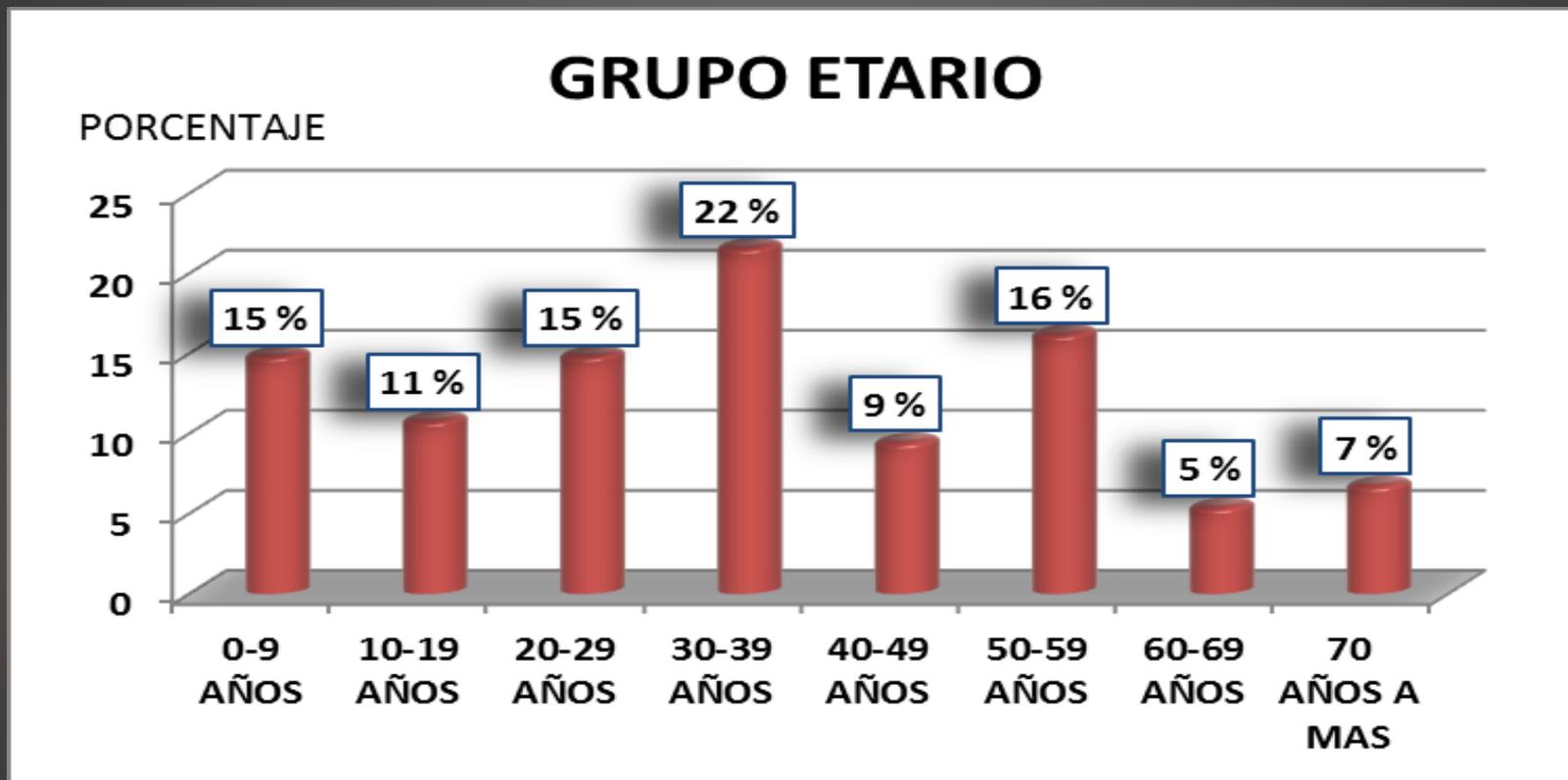


Número de Atendidos por Accidentes de Tránsito en el HNDM Según Grupo Etario. Segundo Trimestre del 2018

Grupo Etario	Número	%
0-9 años	11	15
10-19 años	8	11
20-29 años	11	15
30-39 años	16	22
40-49 años	7	9
50-59 años	12	16
60-69 años	4	5
70 a más	5	7
Total	74	100

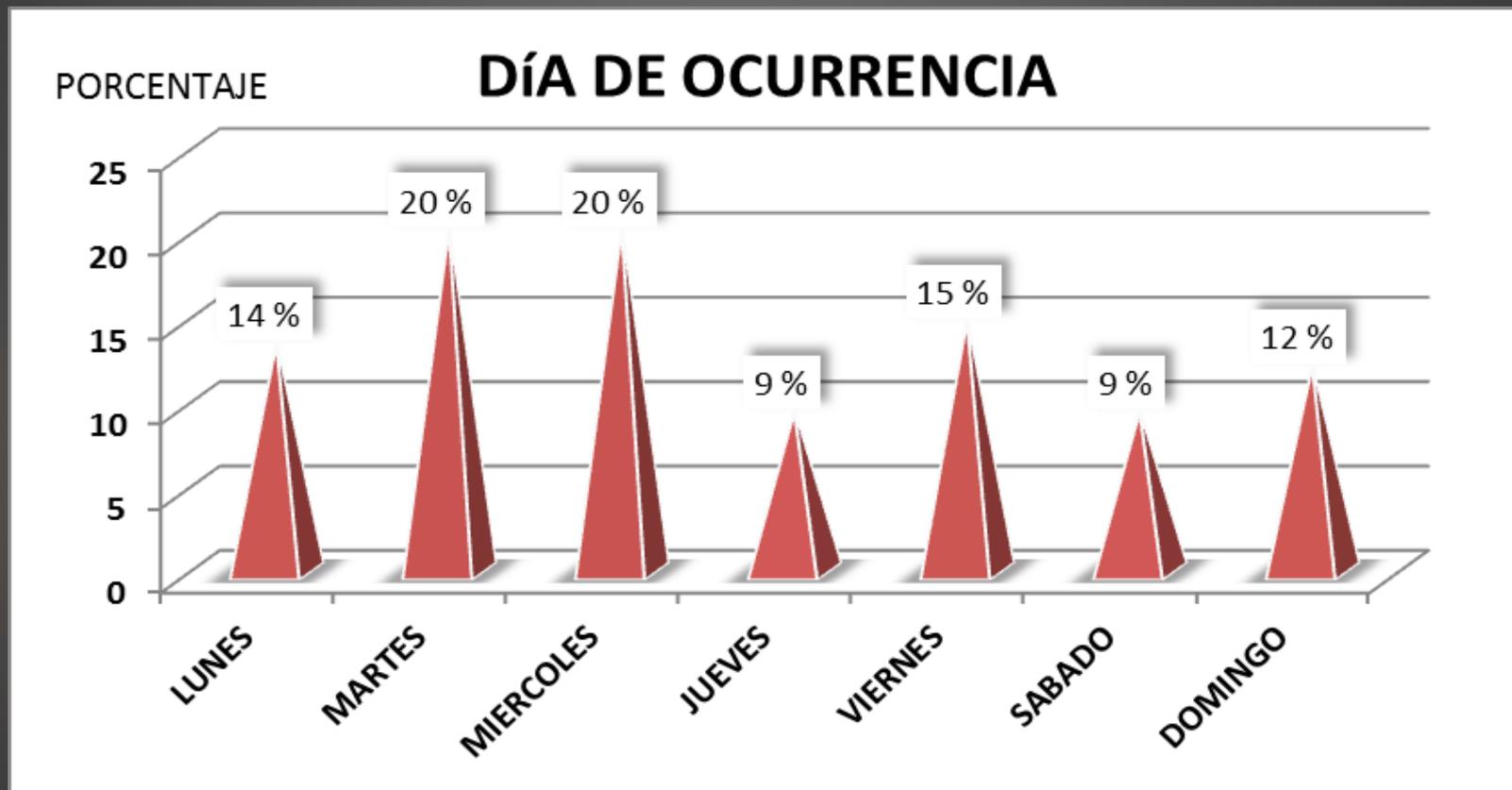
El intervalo entre los 30 a 39 años, sigue siendo el de mayor prevalencia de casos (22%) seguido de 50 a 59 años (16%), de 20 a 29 años y 0-9 años con similar porcentaje (11% cada uno).

Atendidos por Accidentes de Tránsito en el HNDM según Grupo Etario. Segundo Trimestre del 2018



Fuente: Base de Datos de VEA-HNDM

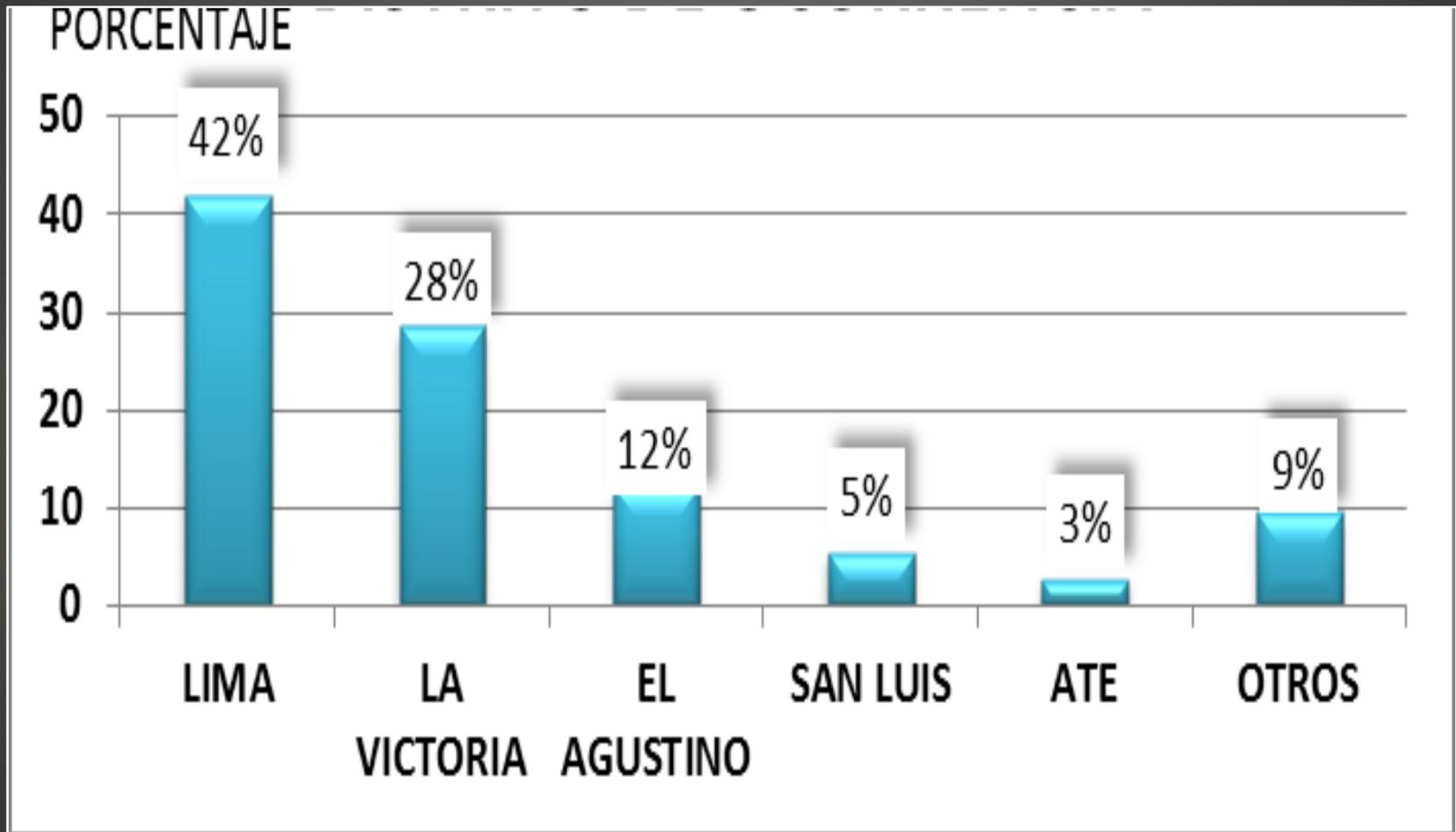
Atendidos por Accidentes de Tránsito en el HNDM según Día de Ocurrencia. Segundo Trimestre del 2018



Accidentes de Tránsito en el HNNDM según Distrito de Ocurrencia. Segundo Trimestre 2018

Lugar de Procedencia	N°	%
Cercado de Lima	31	42
La Victoria	21	28
El Agustino	9	12
San Luis	4	5
Ate	2	3
Otros	7	9
TOTAL	74	100

Distrito de Ocurrencia del Accidente de Tránsito. Segundo Trimestre 2018



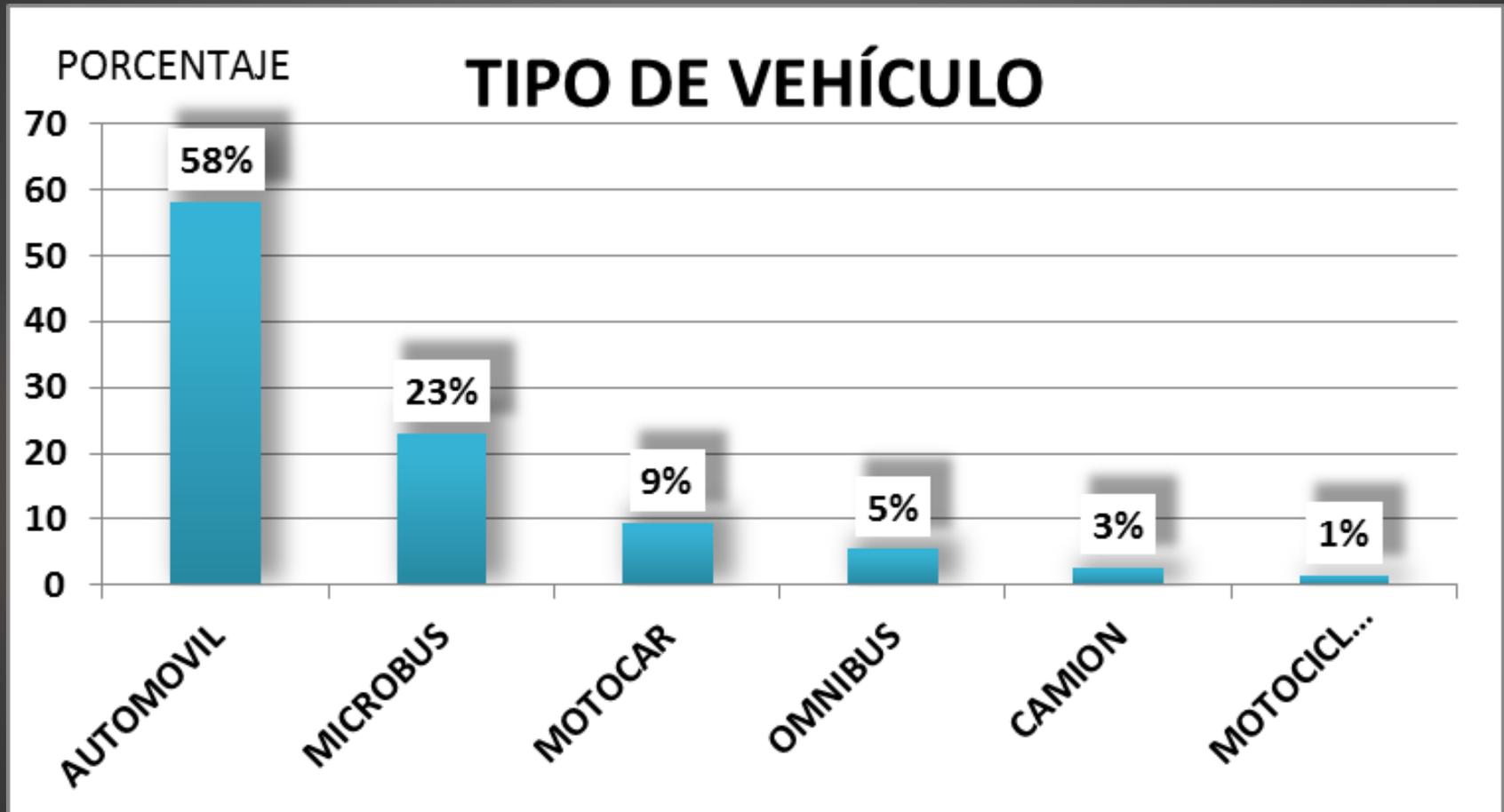
Accidente de Tránsito según Tipo de Accidente. Segundo Trimestre 2018

Tipo de Accidente	N	%
Atropello	40	54
Choque	25	34
Caída del Vehículo	5	7
Volcadura	2	3
Despiste	2	3
TOTAL	74	100

Accidentes de Tránsito en el HNNDM según Diagnostico de Atención. Segundo Trimestre 2016

DIAGNOSTICO	Nº	%
Policontuso	58	78
Traumatismo Intracraneal, No Especifico	3	4
Fractura del pie, no especifica	2	3
Traumatismo superficial de la Cabeza	1	1
Contusión del Hombro y del Brazo	1	1
Fracturas Múltiples de la Pierna	1	1
Contusión del Tórax	1	1
Hemorragia Subaracnoidea	1	1
Esguince del Tobillo	1	1
Traumatismo por Aplastamiento	1	1
Otros	1	5
TOTAL	74	100

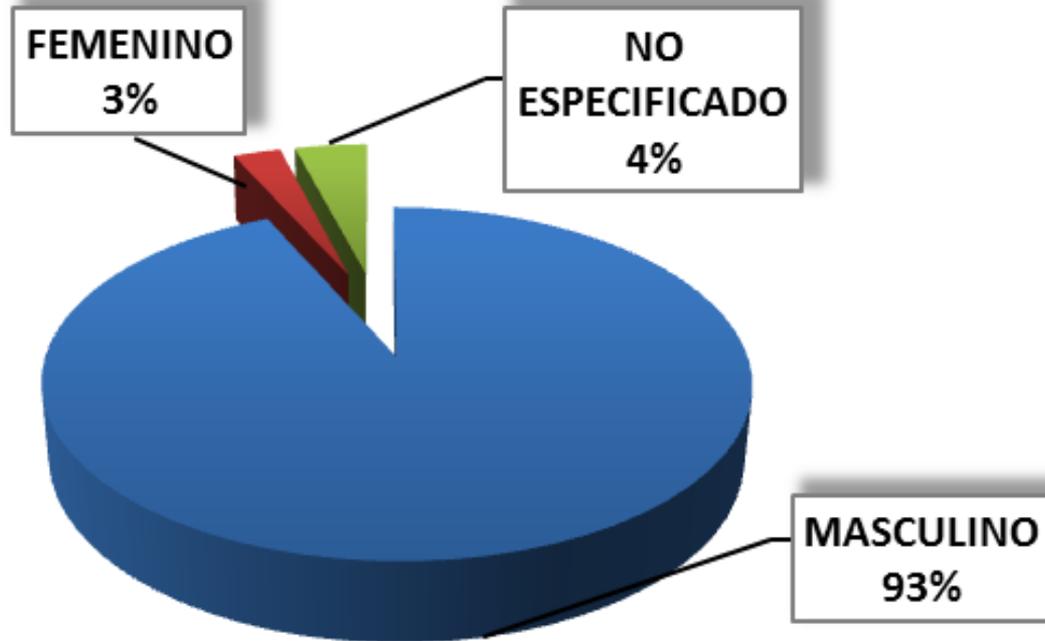
Accidente de Tránsito según Tipo de Vehículo. Segundo Trimestre 2018



Accidente de Tránsito según Sexo del Conductor, Segundo Trimestre 2018

SEXO DEL CONDUCTOR

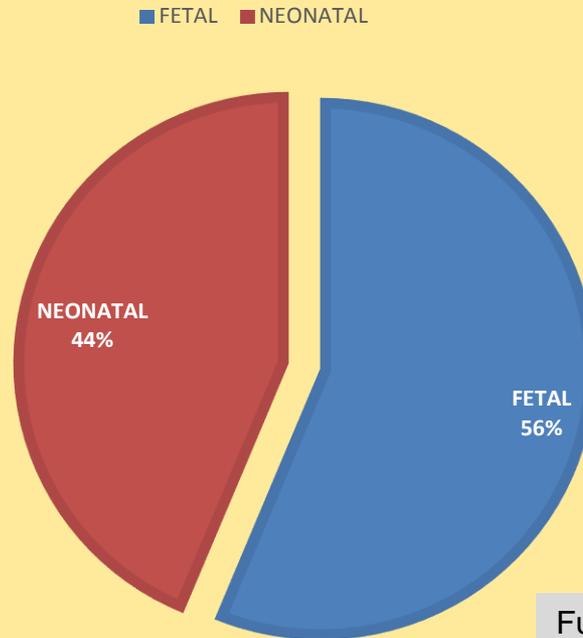
PORCENTAJE



**“VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE LA
MORTALIDAD FETAL Y NEONATAL”
JULIO 2018**



Vigilancia Epidemiológica de Mortalidad Neonatal y Fetal”. Julio 2018



Fuente: Vigilancia Epidemiológica Mortalidad Perinatal – HNMD

En Julio del presente año, el acumulado de Muertes perinatales (Fetales más neonatales), se registran 32 casos de Mortalidad Perinatal, de los cuales los más frecuentes son las Muertes fetales con 18 casos (56%), seguido de las Muertes neonatales con 14 casos (44%).

Muertes Fetales y Neonatales según Peso al Nacer y Tipo de Parto. Julio 2018

Peso/ Denominación	Tipo Parto		Muerte Fetal			Tipo Parto		Muerte Neonatal			
	Vaginal	Cesárea	Ante parto	Intra parto	Total	Vaginal	Cesárea	< 24 Horas	1-7 Días	8-28 Días	Total
500 - 999 grs	5	1	6	0	6	5	1	1	2	3	6
1000 - 1499 grs	6	0	6	0	6	0	0	0	0	0	0
1500 - 1999 grs	0	2	2	0	2	3	0	1	2	0	3
2000 - 2499 grs	1	0	1	0	1	1	2	0	2	1	3
2500 - 2999 grs	1	1	2	0	2	0	0	0	0	0	0
3000 - 3499 grs	1	0	1	0	1	0	2	1	0	1	2
3500 - 3999 grs	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4000 - 4499 grs	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
>=4500 grs	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	14	4	18	0	18	9	5	3	6	5	14

El perfil epidemiológico de las muertes neonatales, muestra edades gestacionales de 24 a 40 semanas, con pesos al nacer de 500 - 3.499 gramos, de madres con CPN insuficientes, nacidos de parto por vaginal (06) y nacidos de parto por Cesárea (05); siendo la causa básica de mortalidad neonatal la Sepsis Neonatal y Anencefalia.

Muerte fetal según CIE 10 y Peso de Nacimiento

DIAGNOSTICOS	CODIGO CIE X	PESO AL NACIMIENTO						TOTAL
		500 - 999 grs.	1000 - 1499 grs.	1500 - 1999 grs.	2000 - 2499 grs.	2500 - 2999 grs.	≥ 3000 grs.	
Muerte fetal de causa no especificada	P95	2	3	1	1	1	0	8
inmaturidad extrema	P07.2	2	1	0	0	0	0	3
Feto y recién nacido afectados por corioamnionitis	P02.7	1	1	0	0	0	0	2
Feto y recién nacido afectados por placenta previa	P02.0	0	0	1	0	0	0	1
Síndrome del recién nacido de madre con diabetes gestacional	P70.0	0	0	0	0	1	0	1
Feto y recién nacido afectados por oligohidramnios	P01.2	0	1	0	0	0	0	1
Feto y RN afectados por compresión del cordón Umbilical	P02.5	0	0	0	0	0	1	1
Malformación Congénita	Q89.9	1	0	0	0	0	0	1
TOTAL GENERAL		6	6	2	1	2	1	18

En Julio del presente año, según codificación CIE – 10 las causas básicas de Mortalidad Fetal fueron Muerte fetal de Causa no Especifica (25%), Inmaturidad Extrema (9%) y Feto y RN afectados por Corioamnionitis (7%).

Fuente: Base de Datos de VEA-HNDM

Muerte Neonatal según codificación CIE – 10 y peso al Nacimiento, hasta Julio de 2018

DIAGNOSTICOS	CODIGO CIE X	PESO AL NACIMIENTO						TOTAL
		500 - 999 grs.	1000 - 1499 grs.	1500 - 1999 grs.	2000 - 2499 grs.	2500 - 2999 grs.	≥ 3000 grs.	
Sepsis bacteriana del recién nacido	P36	3	0	1	0	0	0	4
Anencefalia	Q00.0	0	0	1	1	0	0	2
Enfermedad de Membrana Hialina	P22.0	1	0	0	0	0	0	1
Neumonía congénita debida a otros organismos	P23.8	0	0	0	0	0	1	1
Malformación congénita Múltiples	Q89.7	0	0	0	1	0	0	1
Malformaciones congénitas	Q89.9	0	0	1	0	0	0	1
Hernia Diafragmatica congenita	Q79.0	0	0	0	0	0	1	1
Malformación congenita	Q89.9	0	0	0	0	0	1	1
Hidropesía fetal no debida a enfermedad hemolítica	P83.2	0	0	0	1	0	0	1
Enterocolitis necrotizante	P77	1	0	0	0	0	0	1
Inmadurez extrema	P07.2	1	0	0	0	0	0	1
TOTAL GENERAL		6	0	3	3	0	2	14

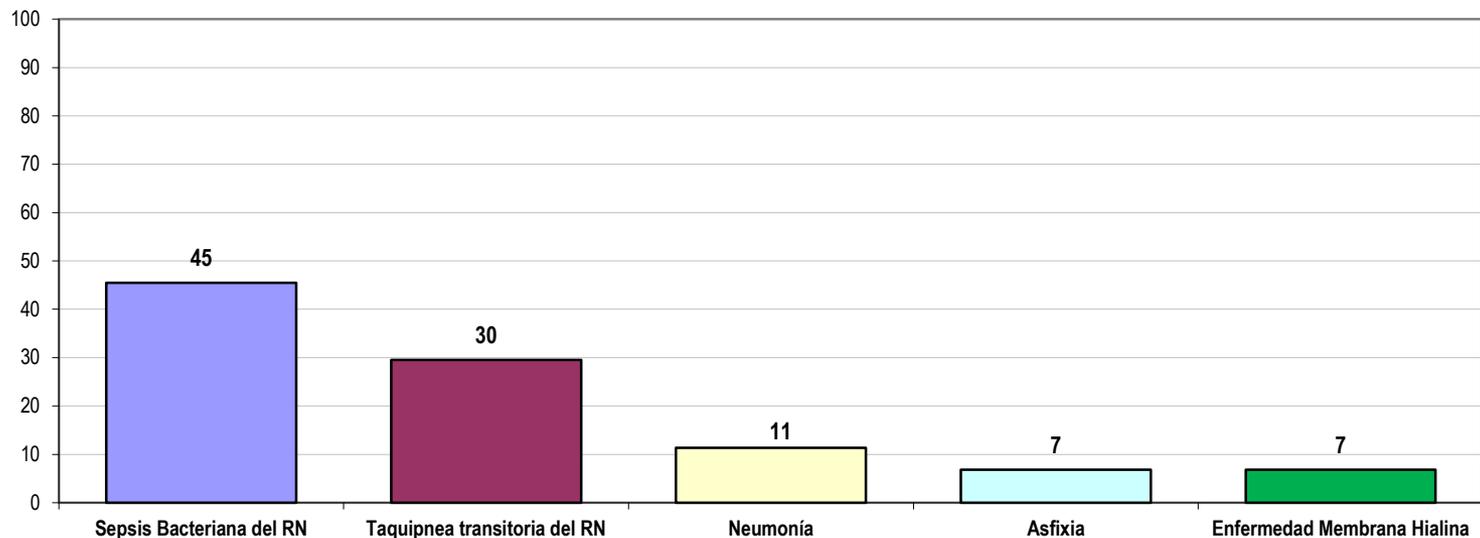
Las causas de mortalidad Neonatal, en Julio del presente año, se presentaron 03 casos de Mortalidad Neonatal, de los cuales 02 casos fueron por Sesos Neonatal y 01 caso por enfermedad Hialina.

Distribución Porcentual de Muertes Perinatales



Según distribución porcentual de Muertes perinatales hasta Julio del presente año, se puede apreciar que la mayor ocurrencia de casos es Muerte Fetal de causa no especificada (25%), seguido de Sepsis Bacteriana y Prematuridad extrema, ambos con 13%.

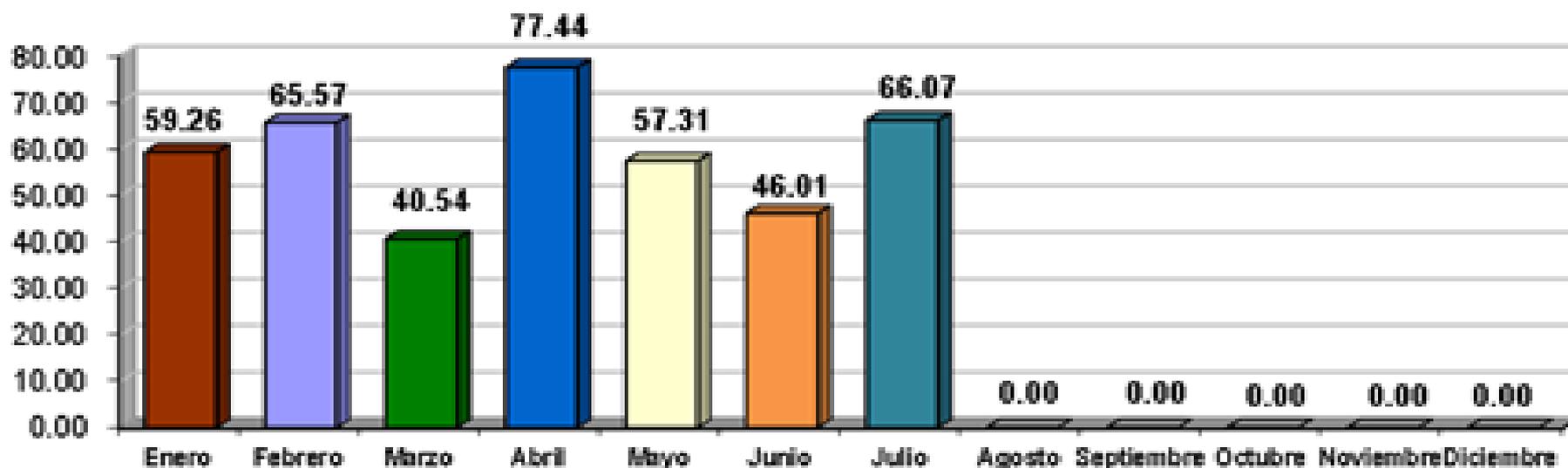
Distribución Porcentual de Complicaciones Neonatales.HNDM. a Julio del 2018.



Durante Julio del presente año se atendieron 44 recién nacidos complicados. Las complicaciones más frecuentes siguen siendo la Sepsis bacteriana del recién nacido con 20 casos (45%), seguido de Taquipnea transitoria del recién nacido con 13 casos (30%) .

“TASA DE INCIDENCIA DE BAJO PESO AL NACER.JULIO 2018”

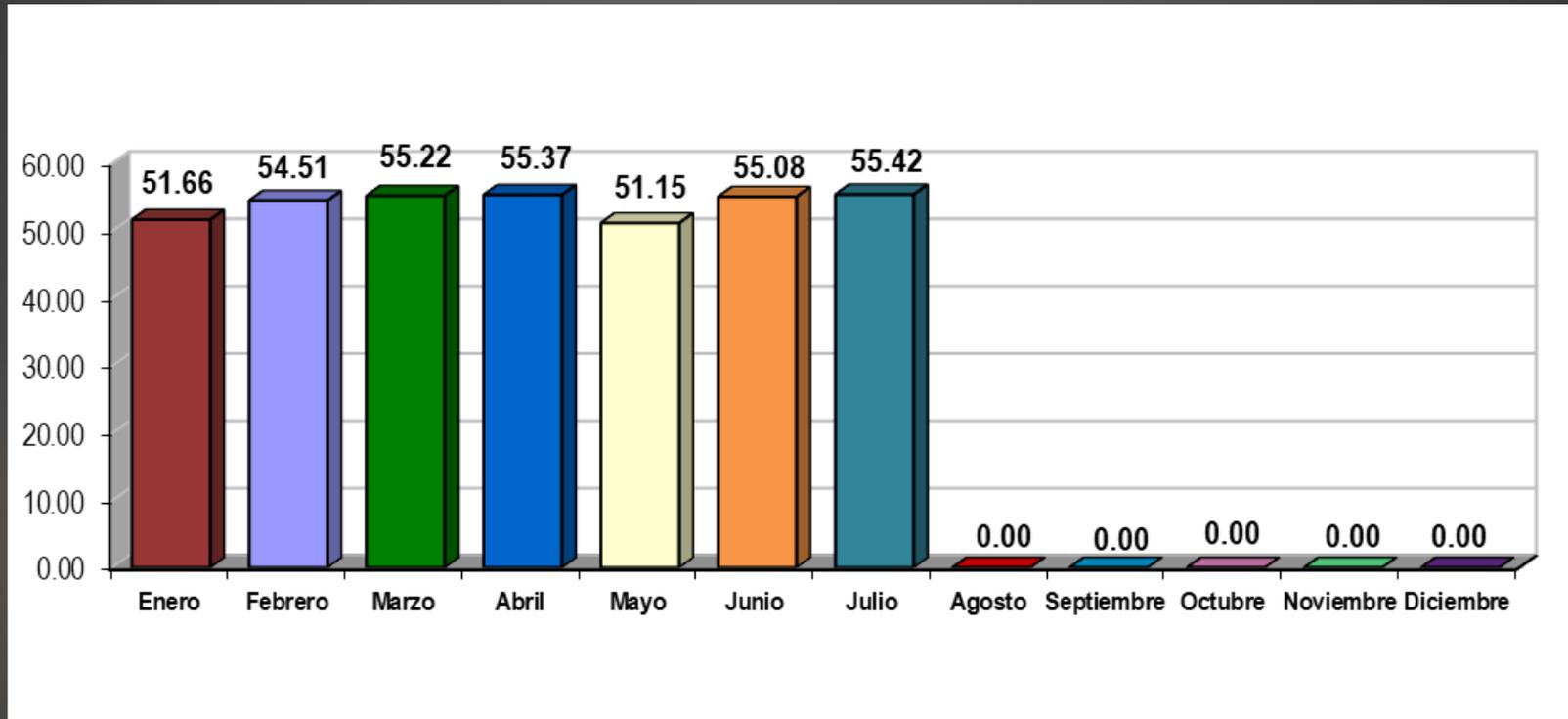
Gráfico N° 05: Tasa de Incidencia de Bajo peso al nacer, hasta Julio - 2018



En relación a las Tasa de Mortalidad Perinatal, se puede apreciar hasta Julio del presente año, que la Tasa de Mortalidad Perinatal es de 22.23 x 1000 nacimientos, la tasa de Mortalidad Neonatal fue de 6.62 x 1000 RN Vivos, la Tasa de Mortalidad neonatal precoz es de 4.26 x 1000 RN Vivos; la Tasa de Mortalidad Fetal es de 8.47 x 1000 nacimientos.

Fuente: Base de Datos de VEA-HNDM

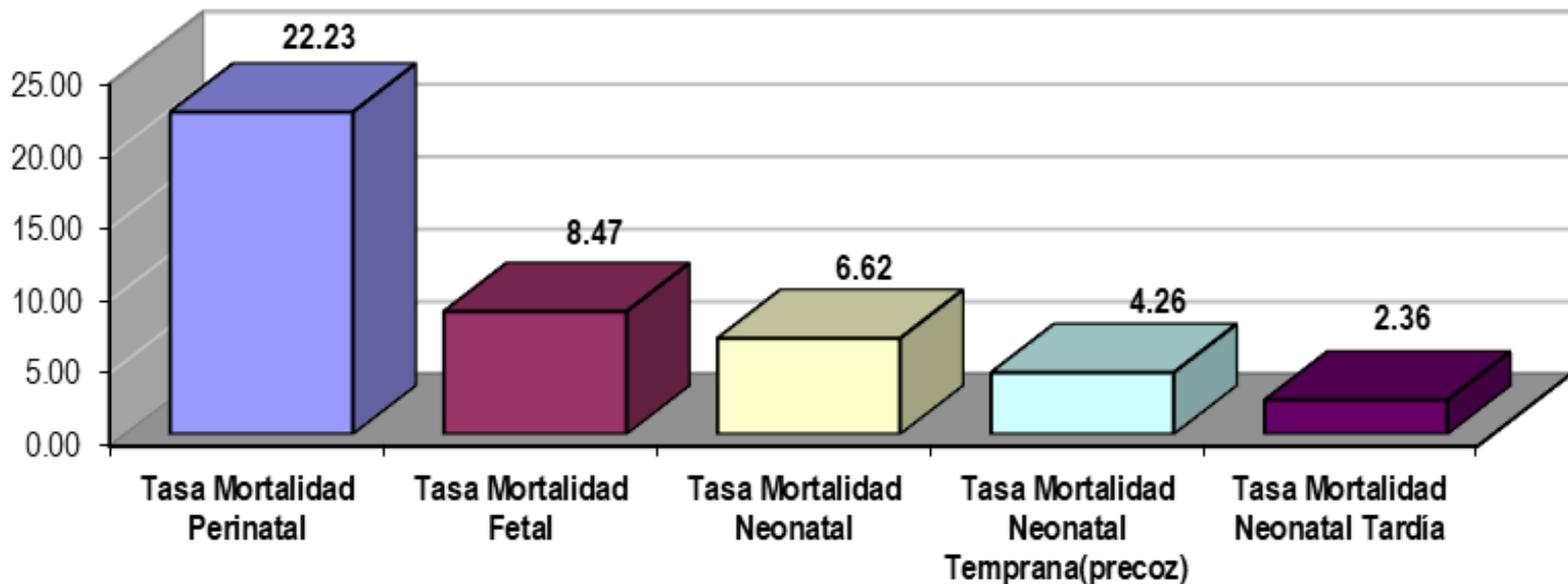
TASA DE CESÁREA GENERAL. JULIO 2018



Fuente: Vigilancia Epidemiológica Mortalidad Perinatal – HNNDM

La proporción de partos complicados sigue siendo alta (79.52%), dado que el HNNDM es un Establecimiento de referencia nacional. En Julio la tasa de cesárea general fue de 55.42 %, el resto de partos fueron partos vaginales distócicos.

Tasa de Mortalidad Fetal y Neonatal. Julio 2018



Fuente: Base de Datos de VEA-HNDM

En relación a las Tasas de Mortalidad Perinatal, se puede apreciar hasta Julio del presente año, que la Tasa de Mortalidad Perinatal es de 22.23 x 1000 nacimientos, la tasa de Mortalidad Neonatal fue de 6.62 x 1000 RN Vivos, la Tasa de Mortalidad neonatal precoz es de 4.26 x 1000 RN Vivos; la Tasa de Mortalidad Fetal es de 8.47 x 1000 nacimientos.

**“EVALUACION POR DEPARTAMENTOS
DEL MANEJO DE RESIDUOS SOLIDOS
HOSPITALARIOS HNDM”**

JULIO 2018



Evaluación del Manejo de Residuos Sólidos Hospitalarios por Servicios. Julio 2018

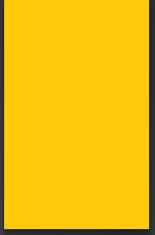
SERVICIOS	CALIFICACION		
	BUENO	REGULAR	MALO
	%	%	%
SAN ANDRES		X	
JULIAN ARCE		X	
SANTA ANA		X	
SAN PEDRO	X		
SANTO TORIBIO	X		
SAN ANTONIO I	X		
SAN ANTONIO II	X		
INFECTOLOGIA "SANTA ROSA II"	X		
NEUMOLOGIA "SANTA ROSA III"		X	
ONCOLOGIA MEDICA (QUIMIOTERAPIA)	X		
NEFROLOGIA-HEMODIALISIS			X
CIRUGIA H-3		X	
CIRUGIA H-4		X	
CIRUGIA I-3	X		
CIRUGIA I-4	X		
UROLOGIA I-1	X		
TRAUMATOLOGIA "EL CARMEN"		X	
OBSTETRICIA H-2	X		
CENTRO OBSTETRICO Y RECUPERACION		X	
PEDIATRIA	X		
NEONATOLOGIA I-2		X	
ODONTOESTOMATOLOGIA	X		
DIAGNOSTICO POR IMÁGENES	X		
FARMACIA		X	
CENTRAL DE ESTERILIZACION	X		
ANESTESIOLOGIA Y CENTRO QUIRURGICO (SOPC)	X		
SALA DE OPERACIONES DE EMERGENCIA	X		
RECUPERACION DE EMERGENCIA	X		
EMERGENCIA			X
UCI-, UCI NEURO y UCIN			X
PATOLOGIA CLINICA (AUTOMATIZACION, SEMIAUTOMATIZACION, CENTRIFUGACION Y GESTIÓN DE LA CALIDAD).	X		
ANATOMIA PATOLOGICA	X		
BANCO DE SANGRE Y HEMOTERAPIA	X		
UNIDAD DE CUIDADOS CARDIOVASCULAR POST QUIRURGICO.	X		
CUIDADOS CARDIOVASCULARES AGUDOS Y CORONARIO.	X		
TOTAL	63%	37%	0%

Evaluación del Manejo de Residuos Sólidos Hospitalarios por Departamentos. Julio 2018

DEPARTAMENTOS	CALIFICACION		
	BUENO (%)	REGULAR (%)	MALO (%)
Departamento de medicina	57	43	-
Departamento de especialidades medica	50	50	-
Departamento de cirugia	50	50	-
Departamento de gineco- obstetricia	50	50	-
Departamento de pediatria	50	50	-
Dpto de odontoestomatologia	100	-	-
Dpto. De diagnóstico por imágenes	100	-	-
Departamento de farmacia	-	100	-

Fuente: Base de Datos de VEA-HNDM

Los Departamentos que manejan regularmente los residuos sólidos son: Medicina, Especialidades Médicas, Cirugía, Gineco-Obstetricia, Pediatría, Farmacia y Emergencia.



Actualidad Epidemiológica “Alerta Medica”



Actualización de Alerta Epidemiológica

Riesgo de introducción y circulación del virus de sarampión debido a casos importados, Perú – 02 de agosto de 2018

CÓDIGO: AE – CDC N° 009 - 2018

I. Objetivo

Mantener informados a los servicios de salud del país públicos y privados sobre la situación actual del sarampión en Perú ante el alto riesgo de transmisión local a partir de casos importados, a fin de mantener una vigilancia intensificada del síndrome febril eruptivo.

II. Antecedentes

El sarampión es una enfermedad transmisible febril, aguda, de transmisión respiratoria, siendo aún una de las principales causas de morbimortalidad entre los menores de 5 años, cuya manifestación principal es la erupción máculo papular. Su periodo de incubación desde la exposición hasta la instalación de la erupción es de 14 días, (7 –18 días), puede ser transmitido desde 4 días antes hasta 4 días después de la instalación de la erupción.

En septiembre del 2016 se declaró la eliminación del sarampión de las Américas; sin embargo, el sarampión es una enfermedad de alta transmisibilidad, por lo que su actual circulación tiene gran relevancia por ser una región altamente interconectada por el turismo, lo que ha conllevado a un mayor flujo migratorio en los últimos años y un mayor riesgo de transmisión.

Entre las semanas epidemiológicas (SE) 1 y la SE 28 de 2018 se notificaron 2.472 casos confirmados de sarampión en 11 los países de la Región de las Américas: Antigua y Barbuda (1 caso), Argentina (5 casos), Brasil (677 casos), Canadá (19 casos), Colombia (40 casos), Ecuador (17 casos), Estados Unidos de América (91 casos), Guatemala (1 caso), México (5 casos), Perú (3 casos) y la República Bolivariana de Venezuela (1.613 casos).

En el Perú, el último caso autóctono reportado fue en el año 2000, en el distrito de Ventanilla (Región Callao). En el año 2008 se identificó un caso importado de la India y en el 2015, 4 casos relacionados a la importación.

III. Situación actual

En el presente año, se han confirmado 4 casos de sarampión, de los cuales dos fueron clasificados como: **Casos confirmados con fuente de infección desconocida** con lugar probable de infección la ciudad de Juliaca-Puno con genotipo de la India y 2 **casos importados** procedentes de Venezuela que desarrollaron el cuadro clínico en nuestro país. Un caso adicional confirmado en Ecuador y clasificado en ese país como caso importado ingreso al Perú después del periodo de contagiosidad.

Estos últimos casos se presentaron entre la SE 26 y 28, en menores entre 1 y 4 años. Los casos se desplazaron desde Tumbes a la ciudad de Lima, por vía terrestre, a los distritos de San Juan de Lurigancho y Puente Piedra. El caso de Puente Piedra se detectó al seguimiento como contacto (hermano) del caso detectado en Ecuador y que ingreso al Perú luego de haber estado en aislamiento durante el periodo de





PERÚ

Ministerio de Salud

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

contagiosidad, siendo notificado por el Centro Nacional de Enlace (RSI) ecuatoriano. El otro caso fue notificado por el Hospital San Juan de Lurigancho de Lima. Actualmente, todos con evolución favorable.

IV. Medidas a tomar

Las GERESA/DIRESA/DIRIS, redes y establecimientos de salud públicos y privados deberán continuar con el fortalecimiento de la vacunación, intensificación de la vigilancia epidemiológica y de laboratorio del síndrome febril con erupción maculo-papular a fin de asegurar respuestas rápidas para la toma de decisión y/o control de casos sospechosos o confirmados de sarampión y otras acciones de prevención y control.

La principal medida para evitar la diseminación del virus del sarampión es la vacunación de la población susceptible, junto con un sistema de vigilancia sensible para detectar oportunamente todo caso sospechoso de sarampión y de inmediato tomar medidas de contención.

Vigilancia epidemiológica

• Notificación de casos e investigación de casos:

- Difundir a todo el personal de salud la **definición de caso sospechoso de sarampión**: *"Toda persona de cualquier edad, de quien un trabajador de salud sospecha que tiene sarampión o rubéola, o todo caso que presente fiebre y erupción máculo-papular, no vesicular"*.
- **Notificación inmediata de todo caso sospechoso** y llenado de ficha de investigación clínico-epidemiológica por parte de personal de salud responsable de la atención médica del caso, quien reporta el caso al responsable de epidemiología o quien haga sus veces en el establecimiento de salud. (Ver anexo 1 para otras definiciones de caso)
- El responsable de epidemiología realizará el llenado correcto de la ficha, legibilidad de la letra y la consistencia de los datos escritos en la ficha. Asimismo, realizará el visado obligatorio de la ficha de investigación clínico-epidemiológica. Simultáneamente se enviará una copia de la ficha de investigación a laboratorio para que realice la obtención de la muestra para aislamiento viral y serología e **investigación epidemiológica dentro de 48 horas de conocido el caso** según lo establecido en la *"Directiva Sanitaria N°049 MINS/DGE-V-01 Directiva Sanitaria para la Vigilancia Epidemiológica de Sarampión, Rubéola y otras Enfermedades Febriles Eruptivas"*.
- Se implementará la notificación diaria de casos sospechosos de sarampión. Cada GERESA/DIRESA/DIRIS reportará al Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades vía correo electrónico brotes_dge@dge.gob.pe la notificación positiva de casos y negativa en caso de no tener ningún caso sospechoso. En los casos en que la notificación sea positiva, se remitirá adicionalmente la ficha de investigación escaneada, el corte para el envío de la información será a las 15:00 horas.
- Se debe de implementar una sala de situación de contingencia, que contenga información epidemiológica, seguimiento de contactos, información sobre la BAI, avance de las coberturas de vacunación y será actualizada de manera semanal.



• Medidas de Contención:

Un paciente con sarampión es contagioso desde cuatro días antes hasta cuatro días después del inicio del exantema; se deben tomar medidas para evitar y controlar la propagación de la infección, como el aislamiento y monitoreo de los contactos.





Todas las personas encargadas de la investigación de los pacientes sospechosos de sarampión o rubéola deben estar vacunadas.

Aislamiento: Los pacientes sospechosos de sarampión deben permanecer en su domicilio sin salir hasta cinco días después del inicio del exantema. Durante este período de aislamiento, no deben tener contacto con miembros de la familia susceptibles (por ejemplo, lactantes y adultos sin vacunar) y sólo deberán recibir visitas de personas vacunadas.

Hospitalización:

- Dado el alto riesgo de transmisión intrahospitalaria, los pacientes con sarampión no deben ser hospitalizados a menos que sea totalmente necesario. En este caso los centros hospitalarios deben tomar precauciones para impedir la transmisión intrahospitalaria.
- Todos los trabajadores de salud deben ser inmunes al sarampión (Vacunación SR). Además de las precauciones ordinarias (por ejemplo, lavado de manos, empleo de guantes cuando se manipulen secreciones orgánicas, utilización de batas), deben tomarse precauciones especiales para evitar la propagación de agentes patógenos transportados por el aire. La puerta de la habitación debe mantenerse cerrada, y no se debe permitir el acceso a ninguna persona susceptible.
- El paciente sólo debe salir o ser trasladado fuera de la habitación cuando sea imprescindible debe usar una mascarilla.

Monitoreo de los contactos cercanos:

- Se deben detectar todos los contactos cercanos de un paciente sospechoso de padecer sarampión y se deben vigilar estrechamente durante las cuatro semanas que siguen al día del inicio del exantema en el paciente. Son contactos todas las personas que vivían en la misma casa u otras dependencias cercanas al paciente sospechoso mientras este era contagioso.
- Debe confeccionarse una lista detallada de todos los contactos con sus nombres y direcciones. Se debe averiguar las vacunas que han recibido, si han presentado síntomas o signos clínicos sugestivos de sarampión o rubéola, y si han viajado últimamente.
- Los contactos que aún no han recibido dos dosis de la vacuna deben considerarse como susceptibles y ser vacunados inmediatamente.
- Los contactos cercanos deben permanecer en sus viviendas (cuarentena domiciliaria), no deben asistir a la escuela, al trabajo o a otros centros muy concurridos, como iglesias, clubes o guarderías.
- Si han transcurrido menos de cinco días desde el inicio del exantema en el paciente sospechoso de sarampión, todos los contactos deben recibir instrucciones con respecto a la permanencia en sus hogares, estén vacunados o no. Se les debe informar sobre los síntomas prodrómicos, y deben recibir instrucciones para que permanezcan en casa si aparecieran tales síntomas durante el período de monitoreo de cuatro semanas y entren en contacto con las autoridades sanitarias.

• **Vacunación contra Sarampión:**

El equipo técnico de inmunizaciones debe evaluar las coberturas de vacunación de SPR a nivel distrital y establecimiento de salud para identificar brechas prioritarias e implementar estrategias para reducirlas.



**Vacunación preventiva:**

- Intensificar las actividades rutinarias de vacunación en menores de 5 años para lograr y mantener coberturas homogéneas del 95% con la primera y segunda dosis de la vacuna contra el sarampión, la rubéola y las paperas, en todos los distritos del país.
 - Cierre de brechas para culminar barrido de vacunación 2016.
 - Garantizar las dos dosis de la vacuna contra SPR en el niño menor de 2 años (1ra dosis: 12 meses y 2da dosis: 18 meses).
 - El personal de salud deberá comprobar antecedentes de vacunación como una obligatoriedad, en todo niño menor de 05 años
 - Vacunar y/o completar con la vacuna contra SPR a los niños menores de 5 años que por alguna razón no fueron vacunados.
 - En caso de demanda de vacunación establecer un puesto de vacunación de atención rápida.
 - Mantener el stock de vacunas al día en cada establecimiento de salud.
 - Intensificar actividades regulares de educación en las salas de espera, hospitalización y en salas de urgencia.
- Debe vacunarse contra el sarampión a poblaciones en mayor riesgo de contagiarse:
 - Personal de salud (asistencial y de salud pública),
 - Personas que trabajan en transporte especialmente en la ruta desde la frontera norte hacia la capital, personal de hoteles, aeropuertos,
 - Niños de 1 a 4 años zonas de frontera,
 - Trabajadores del sector turismo, migraciones, aduana, comerciantes formales e informales,
 - Personal de educación que tiene contactos con niños, cuidadores de niños y adultos mayores en guarderías y asilos,
 - Trabajadoras sexuales
 - Viajeros internacionales que salen del país hacia lugares donde hay transmisión de sarampión (Europa, Asia).
 - Las DIRESAS/GERESAS en cuya jurisdicción tienen comunidades indígenas, deben considerarlas como poblaciones en elevado riesgo para sarampión y deben ser vacunadas con prioridad de los niños de 1 a 4 años.
- **Vacunación frente a la ocurrencia de casos:**
 - Se vacunará con la vacuna triple viral (SPR) o doble viral (SR) disponible, en las siguientes circunstancias:
 - Ante la presencia de Caso Sospechoso: El establecimiento de salud responsable del ámbito donde reside el caso, dará el inicio del bloqueo dentro de las 72 horas y comprende la vacunación de los niños entre 1 a 4 años, que no tienen el esquema de vacunación completo.
 - El ámbito de vacunación en zona urbana comprenderá un total de 121 manzanas distribuidas alrededor de la manzana donde se encuentra la vivienda del caso (hasta 5 manzanas a la redonda), y en zona rural comprenderá a todas las viviendas de la comunidad.
 - Ante la presencia de Caso Confirmado: Se procederá a vacunar, a TODOS los contactos identificados dentro de las primeras 72 horas. El nivel nacional, determinará los rangos de edades





a vacunarse y establecerá los lineamientos correspondientes en función del análisis epidemiológico.

- Ante caso confirmado con Casos Secundarios: Esta vacunación deberá realizarse también dentro de las primeras 72 horas de confirmación del caso secundario y el nivel nacional.
- Convocar al equipo técnico de inmunizaciones para evaluar las coberturas de vacunación de SPR (2) y tasas de notificación e investigación de casos de sarampión/rubéola a nivel distrital y establecimiento de salud para identificar brechas prioritarias e implementar estrategias para reducirlas.

Procedimientos para la obtención de muestras para el diagnóstico de sarampión o rubéola

Cada GERESA/DIRESA debe contar con la disponibilidad de insumos para la obtención de muestras de suero, hisopado nasofaríngeo y medios de transporte viral, así como el traslado oportuno de las muestras al laboratorio referencial del INS, dentro de 5 días de captado el caso.

- Se obtendrá una muestra de sangre e hisopados nasal y faríngeo, al primer contacto con el paciente sospechoso de sarampión o rubéola.

Suero sanguíneo: Para detección de anticuerpos anti-sarampión o anti-rubéola

- Extraer 5 ml de sangre venosa en tubo sin anticoagulante.
- Centrifugar a 2500 rpm x 10 min (si no hay centrifuga dejar el tubo en reposo por 2 horas para que se separe el coágulo del suero).
- Trasvasar el suero a un criovial estéril. Rotular el criovial con apellidos y nombres, edad, fecha de obtención de muestra y procedencia
- Conservar a temperatura +2 a +8°C y trasladar inmediatamente al INS; hasta que el laboratorio regional realice el diagnóstico serológico.
- Se debe obtener y enviar una segunda muestra de suero en los siguientes casos:
 - Cuando la muestra de sangre ha sido obtenida antes de los tres días del inicio de la erupción.
 - Cuando se obtuvo resultados VALOR LIMITE O INDETERMINADO, debiendo realizarse a los 15 días de inicio de la erupción para evaluar seroconversión.

Hisopado nasal y faríngeo: Para diagnóstico molecular

- Obtener muestras de hisopado nasal y faríngeo hasta los primeros 5 días de iniciada la erupción.
- Para la obtención de la muestra se deberá usar el kit para toma de muestra (02 hisopos de dacrón estéril y medio de transporte viral MTV), conservado a temperatura +2 a +8°C
- Luego de humedecer uno de los hisopos en el MTV, se obtendrá la muestra de una de las fosas nasales realizando movimientos rotatorios.
- Con el segundo hisopo y utilizando un baja lengua, se obtendrá la muestra de la parte posterior de la faringe.
- Colocar ambos hisopos en el MTV² y romper el excedente del mango de los hisopos para permitir el cierre hermético del tubo.
- Rotular el tubo con apellidos y nombres, edad, fecha de obtención de muestra y procedencia
- Conservar a temperatura +2 a +8°C



² Los MTV requeridos son los mismos que se utilizan en la Vigilancia de Virus Respiratorios.



- Enviar la muestra inmediatamente al Instituto Nacional de Salud (INS) manteniendo la cadena de frío de +2 a +8°C.

Acciones de promoción de la salud:

- Identificar los espacios o instancias multisectoriales o quien haga sus veces (Consejo Regional de Salud, Mesas de concertación de lucha contra la pobreza, Mesas multisectorial de Salud, Redes de instituciones educativas, Programas sociales entre otros) a nivel regional y local para que la DIRESA en coordinación con el gobierno regional de a conocer la información básica y oportuna para fomentar el cumplimiento del esquema de vacunación y la vacunación en grupos de riesgo.
- Identificar los espacios o instancias comunales (juntas vecinales, organizaciones sociales de base entre otros) o quien haga sus veces para el fortalecimiento de la difusión acerca de los mensajes claves relacionados a la enfermedad y la importancia de detectar oportunamente los casos sospechosos.
- Establecer contacto y coordinación con grupos de inmigrantes organizados en la jurisdicción de la GERESA/DIRESA, dada la posibilidad de que un nuevo inmigrante en período de incubación podría llegar y tener contacto con ellos, si alguna persona desarrollara un cuadro de sospecha de sarampión, debe ser llevado a un establecimiento de salud para ser evaluado y tomar las medidas pertinentes de control epidemiológico.
- Implementar un plan comunicacional dirigido a la población general, puntos de entrada (aeropuertos, puertos y pasos fronterizos) con mensajes claves de identificación de signos y síntomas, teléfono de contacto con sistema 24/7 y listado de establecimientos de salud disponibles para la atención.
- Fortalecer el trabajo con los Agentes Comunitarios de Salud, con énfasis en los siguientes temas: Importancia de la vacunación de acuerdo al esquema de vacunación regular, comportamiento saludable, conocimiento básico sobre la sintomatología de un caso sospechoso y su reporte oportuno al establecimiento de salud más cercano.
- Continuar con la capacitación al personal de salud para garantizar la pronta identificación, notificación e investigación de todo caso de enfermedad febril eruptiva.
- Las actividades diarias y semanales continuarán hasta el alta epidemiológica (contados a partir de la presentación del último caso confirmado hasta tres periodos de incubación).



Los directores de los hospitales/institutos del MINSA, EsSalud, Fuerzas Armadas y Policiales, sector privado, GERESA/DISA/DIRESA/DIRIS y establecimientos de salud, así como laboratorios de diagnóstico, deberán difundir y velar por el cumplimiento de la presente alerta.



Lima, 02 de agosto de 2018

**Anexo 1****Definiciones:**

Enfermedad febril eruptiva: grupo de infecciones, incluye el sarampión, rubeola y otras, caracterizadas por fiebre y erupción de la

Erupción máculo - papular. Erupción cutánea aguda y extensa caracterizada por la presencia de máculas o pápulas y que son usualmente manifestación de una enfermedad sistémica.

Nexo epidemiológico: Es la relación que existe de una persona con un caso confirmado por laboratorio de una enfermedad febril eruptiva. Se confirma mediante investigación epidemiológica y sirve para confirmar un caso sospechoso.

Caso sospechoso de Sarampión/Rubéola (SR): Toda persona de cualquier edad, de quién un trabajador de salud sospecha que tiene sarampión o rubéola, o todo caso que presente fiebre y erupción máculo papular generalizada, No vesicular.

Caso confirmado: Un caso sospechoso de sarampión o rubéola que se confirma por cualquiera de las siguientes situaciones:

a) Por criterio clínico, epidemiológico y de laboratorio: Debe cumplir los tres criterios:



Criterio Clínico	Fase pre-eruptiva: <ul style="list-style-type: none"> - Fiebre alta - Tos - Conjuntivitis Fase eruptiva: <ul style="list-style-type: none"> - Exantema maculo papular no vesicular de progresión céfalo-caudal en 3 a 4 días. Fase descamativa: <ul style="list-style-type: none"> - Descamación fina - Duración 3 a 4 días
Criterio Epidemiológico	<ul style="list-style-type: none"> - Procedencia de zona endémica o donde se está desarrollando un brote o epidemia. - Ser contacto de un caso confirmado
Criterio de Laboratorio	<ul style="list-style-type: none"> - Demostración de anticuerpos IgM para sarampión - Aumento en 4 veces el título de IgG para sarampión en la segunda muestra, obtenida 2 semanas después de la primera muestra.

b) Por aislamiento viral: del virus sarampión o rubéola en muestras de hisopado nasal y faríngeo.

c) Por nexo epidemiológico a otro caso confirmado.

d) Por clínica: Es un caso sospechoso que no se ha investigado adecuadamente, por cualquiera de las siguientes razones:

- El paciente murió antes de que se concluyera la investigación,
- El paciente no pudo ser localizado,





- El paciente se perdió durante el seguimiento.

Esta situación no debe presentarse ya que se considera como falla del sistema de vigilancia.

Caso descartado: es un caso sospechoso que ha sido objeto de una investigación completa y que no cumple con los criterios clínico, epidemiológico, de laboratorio; el aislamiento viral es negativo y no tiene nexos epidemiológicos.

Caso importado: Un caso importado de sarampión o rubéola es el caso en quien se ha confirmado la infección y que la investigación epidemiológica y las pruebas virológicas demuestran que estuvo expuesto fuera del continente americano o del país durante los 7 a 21 días anteriores al inicio del exantema, para el caso de la sarampión, y de 12 a 23 días, para el caso de rubéola. Los resultados de la secuenciación molecular del virus aislado en estos casos deben ser compatibles con los que circulan en el país de procedencia donde probablemente ocurrió la infección.

Caso relacionado con importación: Es un caso confirmado que según la investigación epidemiológica y las pruebas virológicas estuvo expuesto localmente al virus, formando parte de la cadena de transmisión iniciada por un caso importado

Caso confirmado con fuente de infección desconocido: Es un caso confirmado en el que no se pudo detectar la fuente de infección.

Caso confirmado asociado a la vacuna: Es cuando cumple con los cinco criterios que se indican a continuación:

- a) El exantema apareció 7 a 14 días después de la vacunación SPR o SR.
- b) El paciente tuvo enfermedad exantemática con o sin fiebre pero no presentó tos u otros síntomas respiratorios que acompañen al exantema
- c) La investigación epidemiológica exhaustiva no logró detectar un caso primario ni casos secundarios.

La muestra de sangre, que contenía anticuerpos IgM específicos, se obtuvo entre los 8 y 56 días después de la vacunación.

El resultado de aislamiento viral confirma que es un virus vacunal no salvaje.

Caso primario: Individuo que introduce la enfermedad en el grupo bajo estudio. No necesariamente es el primer caso diagnosticado en el grupo.

Caso índice: Es el primer caso sospechoso de sarampión, rubéola u otra enfermedad febril eruptiva en un grupo poblacional definido que se somete a la atención del investigador.

Brote de sarampión: En ausencia de casos autóctonos luego de haber logrado la eliminación de la transmisión del sarampión salvaje en el Perú, la existencia de un solo caso de sarampión confirmado por laboratorio se considera como un brote confirmado de sarampión.

Epidemias de sarampión: Antes de que la vacuna se introdujera en 1963 y se generalizara su uso, cada 2 a 3 años se registraban importantes epidemias de sarampión en todo el mundo, las que llegaban a causar cerca de dos millones de muertes al año. En el Perú la última epidemia ocurrió en 1992 la cual se extendió a todos los departamentos del país notificándose a la OGE/MINSA 22,605 casos y 347 fallecidos.





PERÚ

Ministerio
de Salud



Hospital Nacional
Dos de Mayo

OFICINA DE EPIDEMIOLOGÍA
Y SALUD AMBIENTAL (OESA)

Médico Jefe

MC. José Luis Bolarte Espinoza

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

MC. José Luis Bolarte Espinoza

**Equipo de Trabajo de Vigilancia
Epidemiológica**

MC. Jaime Alvarezcano Berroa
Dr. Marco Antonio Sánchez Ramírez
MC. Cristhian Resurrección Delgado
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

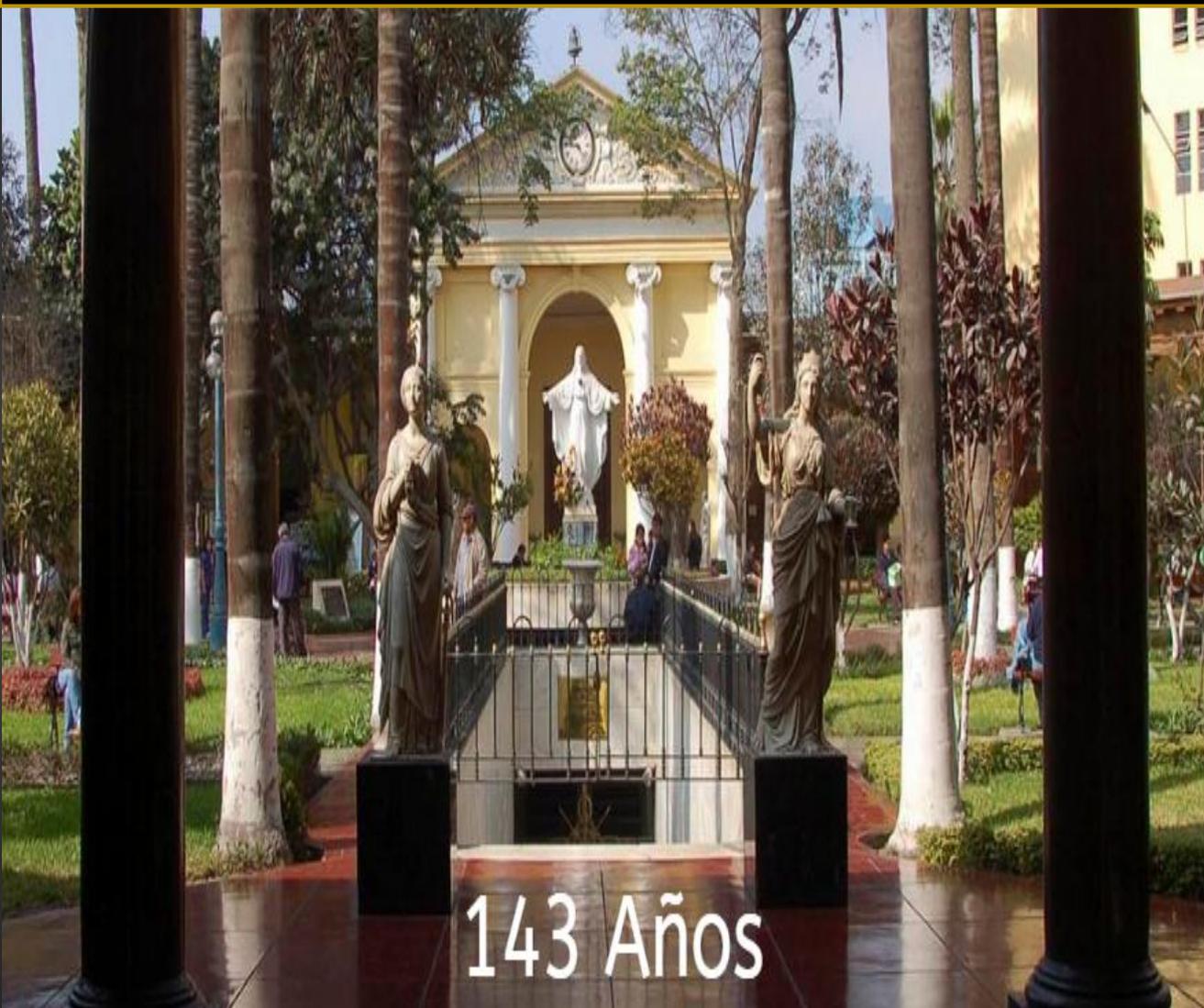
Edición, compilación y codificación

MC. Irma Torralva Bautista
Residente de Gestión en Salud

Equipo de Informática

Sra. Andrea Ydoña Cuba
Ing. Estadística Marianela Narro Dueñas

Lima - Agosto 2018



143 Años

<http://hdosdemayo.gob.pe/portal/>