



PERU

Ministerio de Salud

Hospital Nacional Hipólito Unanue

Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental

# OESA

OFICINA DE EPIDEMIOLOGIA Y SALUD AMBIENTAL HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE 2011

# BOLETIN EPIDEMIOLOGICO

VOLUMEN I, N° 1-ELECTRONICO

SEPTIEMBRE 2011

Director General Hospital Nacional Hipólito Unánue  
Dr. Gamero Alvarez Basauri,

Director de Epidemiología y Salud Ambiental HNHU  
Dr. Luis Loyola García-Frías

## EQUIPO TÉCNICO

Unidad de control de Control de Brote y de Vigilancia Epidemiológica

Lic. María Alcántara Montero  
Tec. Gloria Cortegana Salazar

Unidad de Salud Ocupacional  
Lic. María Cecilia Rodríguez Ríos

Unidad de Salud ambiental  
Ing. Edward Alen Paredes

## Análisis

Enf. Emerg. Garay Ponciano M. Quinto

## Contenido:

Editorial	1
Infecciones Intra Hospitalarias	
Principales Enfermedades	2
Enfermedades Diarreica Agudas (EDAs)	2
Infecciones Respiratorias	4
Sífilis y su tendencia	5
Definición de caso	
Prevalencia de Sífilis por	
Análisis según complejidad	6
Realidad de la vigilancia de	
Epidemiología	8, 9
Reseña Histórica	
Conmemoración por el día de epidemiología	
Conclusiones del evento científico "Día de la Epidemiología HNHU"	10, 11, 12
Cita: <a href="http://www.hnhu.gob.pe/archivos%20cuerpo/SALA%20SITUACIONAL/SALA%20SITUACIONAL.HTM">http://www.hnhu.gob.pe/archivos%20cuerpo/SALA%20SITUACIONAL/SALA%20SITUACIONAL.HTM</a>	

## Editorial

# Infecciones Intrahospitalarias

### Motivo para mantenerse en alerta

A nivel mundial, los reportes de los estudios sobre realidad epidemiológica y los comportamientos patogénicos de los agentes productoras de enfermedades a nivel nosocomial, constituyen un problema de salud por la asociación al incremento de la mortalidad, morbilidad y costos, tanto hospitalarios como para los pacientes, para las familias y la sociedad en general; motivos suficientes para mantener siempre en alerta. "Un estudio de vigilancia comparativa entre los servicios de UCI EEUU y en 422 UCI de 36 países de América Latina (Perú), Asia, África y Europa, realizado por la Organización Internacional de Control de Infecciones Nosocomiales Consorcio (INICC) desde enero de 2004 hasta diciembre de 2009, con una muestra de 313.008 pacientes hospitalizados en unidades de cuidados intensivos y 2.194.897 días cama de UCI; Revela, du-

rante este estudio comparativa, que las infecciones fueron altas a pesar del uso de dispositivos muy similares entre las UCI de los países en desarrollo; las tasas de dispositivo asociado a la infección nosocomial fueron significativamente mayores en las UCI de los hospitales INICC: el agrupado tasa de infección por el centro de



la línea de sangre-asociado (CLAB) en la UCI INICC, el 6,8 por 1000 días de la línea central, es casi tres veces mayor que el 2,0 por 1000 el centro de la línea de días registrados en unidades

de cuidados intensivos comparables de EE.UU., y la tasa global de ventilador La neumonía asociada (VAP) fue también mucho mayor, el 15,8 frente al 3,3 por 1000 días ventilación mecánica, así como la tasa de infección asociada con las vías urinarias (ITUAC), 6,3 frente a 3,3 por 1000 días-catéter. Notablemente, las frecuencias de resistencia de *Pseudomonas aeruginosa* aisladas a imipenem (47,2% vs 23,0%, respectivamente), *Klebsiella pneumoniae* a ceftazidima (76,3% vs 27,1%, respectivamente), *Escherichia coli* aisladas a ceftazidima (66,7% vs 8,1% respectivamente), *Staphylococcus aureus* aislados a metilicina (84,4% vs 56,8%, respectivamente), también fueron más altos en la UCI del consorcio. La mortalidad por efecto de estas infecciones fueron 7,3% (ITUAC) al 15,2% (VAP)<sup>1</sup>; aunque el método del estudio no fueron ajustados para determinar esta relación causal.

Este estudio, deja ver hecho de la

## Vigilancia epidemiológica oportunidad de evitar complicaciones

relación de magnitud de factores y sus efectos correlacionables para nuestro hospital, aunque por ausencia de estudios no se puede inferir infaliblemente, cual es la real situación de las infecciones intra hospitalarias vs agentes condicionantes en el daño; mientras no se determinan mediante estudios metodológicos continuaremos rigurosamente nuestra vigilancia epidemiológica siempre manteniendo en alerta el radar,

identificando algún brote que pudiera afectar a la población hospitalizada y a los mismo trabajadores, por lo tanto la oficina d epidemiología tiene distribuida en áreas: Unidad de sistema de vigilancia, Unidad de Salud Ambiental, Unidad de salud ocupacional y Unidad de análisis de información.



...Klebsiella y el Acinetobacter, Pseudomona o Acinetobacter son primeros causante de IIH y en nuestro hospital ocupan en 4to y 5to lugar en la mapa Microbiológico.

1.- International Nosocomial Infection Control Consortium (INICC) Report, Data Summary of 36 Countries, for 2004-2009, Am J Infect Control, In Press. - 2011

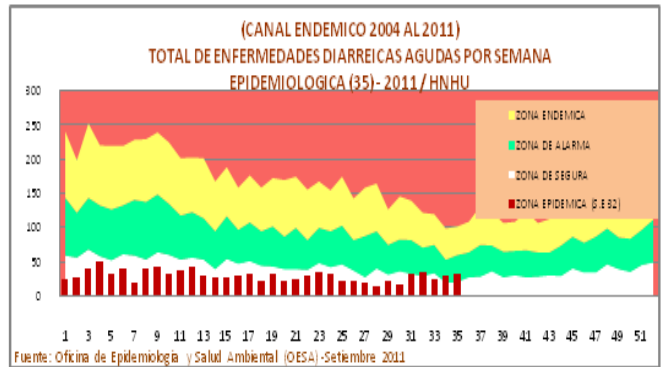
Los virus y bacterias son primeros causantes de las infecciones intrahospitalarias, seguidas por protozoos y parásitos.

## PRINCIPALES ENFERMEDADES SUJETAS A VIGILANCIA

### ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA (EDA)

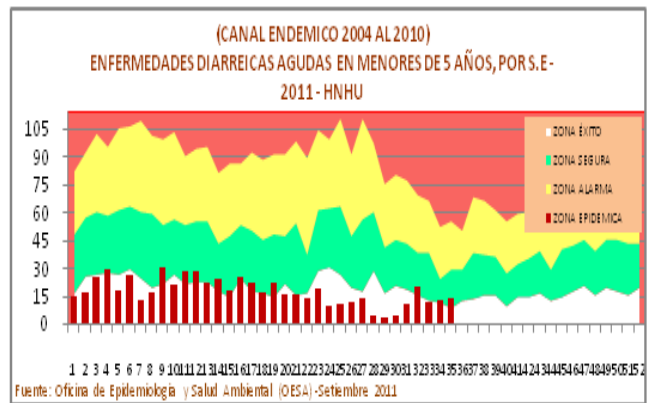
Las enfermedades Diarreicas agudas (EDA) hasta la semana epidemiológica (S.E) 35, fueron reportados entre todos los grupos etáreos 1004 casos, manteniendo tendencias dentro de la zona segura según canal endémica. Según grupos etáreos, menores de 5 años registraron 62,5% (627) de episodios, mayor incidencia en los grupos mayores de 5

años. Este manifiesto tiene relación por la baja inmunidad en los grupos extremos, teniendo como factores pre disponibles: mayor exposición a factores de riesgo, ambientes impropios para la crianza, disturbios civiles,



escasez alimentaria y según estaciones del año; uso irracional de medicamentos y resistencia a los fármacos, el clima cambiante que favorece presencia de virus y bacterias: (Norovirus Rotavirus Adenovirus Astrovirus, bacterias: E. coli de diferentes sp. Shigella Salmonella Campylobacter jejuni Yersinia enterocolitica, Parasitos: Cryptosporidium sp. Giardia lamblia Entamoeba histolytica en su mayoría) (1-7), así como prevalece en canal endémi-

ca alcanzando esporádicamente entre la zona segura. Según proyecciones se espera durante estas últimas 12 semanas se mantenga con bajas tendencias como

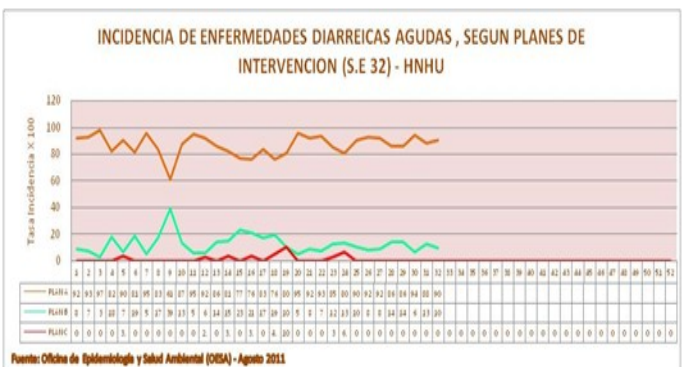
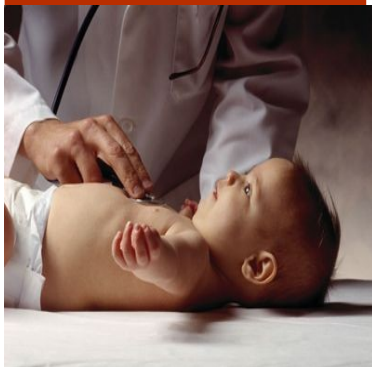


El 62,5% de menores de 5 años sufren de alguna enfermedad Diarreica Aguda y solo 1% tiene complicaciones

## Complicaciones

Del total de casos de las diarreas atendidas 86% corresponden a diarreas no complicadas (PLAN A), 13% de diarreas con deshidratación leve a moderada (PLAN B) y solo 1% con deshidratación severa o deshidratación con shock. La relación de complicaciones es relativamente baja con 7/1 con plan A y 11/1 plan B. de estas complica-

ciones en su gran mayoría corresponden a niños meno-



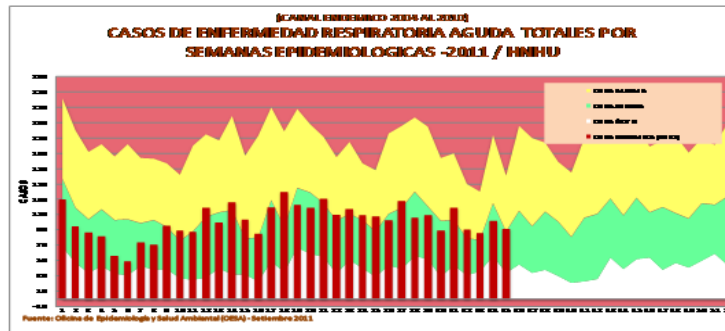
res de 5 años que fueron hospitalizadas al 100%, hasta la fecha con 0% de letalidad.

Nuestro establecimiento por su misma naturaleza compleja (III-I) brinda atención exclusiva a pacientes de EDAS complicadas, respondiendo oportunamente con resolución de problemas de esta naturaleza; por lo mismo el 99% de atenciones de EDAS (Plan A, B) debería ser resueltas en los establecimientos de salud de nivel I correspondiente a jurisdicción de la Micro Red El Agustino de donde el 86.47% proceden nuestra demanda y solo el 13% de otras jurisdicciones y solo 0.67% de pacientes referidos.

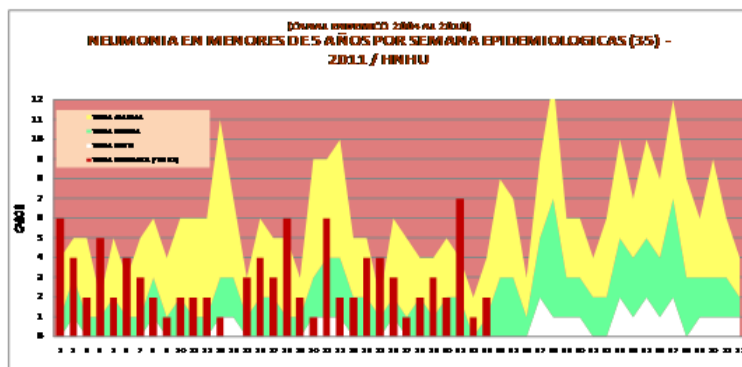
## INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (IRAs)

En el presente año, a nivel jurisdiccional hasta la SE 35, se notificaron 3593 episodios IRAs en menores de 5 años, representando una incidencia acumulada

424/1000 atenciones, cifra relativamente baja en comparación a cifra DIRESA Lima este (9690/1000/hab.) y la cifra nacional (705/1000 at.) Según



**“En el HNHU sólo el 0.6% tienen complicaciones por neumonías y neumonías graves, a consecuencia de IRAs”**



Fuente: Unidad de Epidemiología (OESA) 2011

distribución semanal los episodios de IRA, muestra un patrón distinto a años anteriores, con una tendencia irregular, que en las últimas semanas mostrando una tendencia descendente. Mayor porcentaje de estos episodios (98.2 %), son IRAs no complicadas (que incluyen infecciones respiratorias agudas de vías respiratorias altas – resfrío común, faringitis aguda, otitis media – y bronquitis aguda), 2.6% de neumonías y 0.6% de neumonías graves.

Las complicaciones por IRAs se mantiene en transcurso de los 6 meses con una Densidad de Incidencia (DI) que oscila entre la más baja 21,74 y la más alta

36,49 entre 28.52 de DI disminuyendo entre últimos 3 meses. Las complicaciones por neumonías intrahospitalarias en su mayoría están asociadas a entubaciones muchos autores de la literatura nacional e internacional definen como predictivas de muerte y el rango de valores de letalidad que varía entre 24 y 76 %; este comportamiento puede variar de tipo de agente causal, sin embargo las bacterias predominantes son las Klebsiella y el Acinetobacter, Pseudomonas o Acinetobacter y en nuestro hospital ocupan en 4to y 5to lugar según orden de prevalencia, motivo especial para la vigilancia e investigación.

MES	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO
NEUMONIAS NO GRAVES	412	249	450	460	563	486	432	459
INCIDENCIA ACUMULADA	424.74	244.05	387.63	434.25	519.71	457.97	415.30	419.06
DENSIDAD DE INCIDENCIA	36.49	21.74	30.35	34.16	36.90	30.83	28.52	31.88
NEUMONIAS GRAVES	2	0	0	0	2	1	0	2
INCIDENCIA ACUMULADA	71.68	0.00	0.00	0.00	64.72	37.17	0.00	59.88
DENSIDAD DE INCIDENCIA	214.11	0.00	0.00	0.00	161.13	98.71	0.00	149.40

Fuente: Oficina de Epidemiología y salud Ambiental (OESA) 2011



# SIFILIS Y SU TENDENCIA

## Definición de caso:



FOTO 3

Sífilis neonatal

Según definición conceptual de Organización Mundial de la Salud “Toda mujer embarazada, puerpera o con aborto reciente con evidencia clínica (úlceras genitales o lesiones compatibles con sífilis secundaria) y/o prueba treponémica (incluidas pruebas treponémicas rápidas) o no treponémica positiva o reactiva, que no ha recibido tratamiento adecuado (antes de la 20 semanas de gestación

y como mínimo 30 días antes del parto) para sífilis durante la presente gestación.”(9),

Esta enfermedad sigue constituyendo un problema mundial, con una incidencia estimada de 12 millones de personas infectadas cada año, existen reportes de que la gestante puede transmitir la infección al feto, provocándole sífilis congénita, que conlleva efectos adver-

sos graves para el embarazo en hasta el 80% de los casos.

Haciendo frente este grave problema de salud pública, se dio inicio en 1994, a través de acuerdos de “XXIV Conferencia Sanitaria Panamericana” donde hizo un llamamiento a la formulación de un Plan Regional Multiprogramático con integración nacional y local de los programas de la Mujer y Niño, Salud

Desde 1994, las autoridades de América y el mundo vienen trabajando en la erradicación de la Sífilis Congénita.

Solo con la finalidad de Eliminación de la Sífilis Materna y Congénita como problema de salud pública en las Américas.

En 1995, durante la 116a Reunión del Comité Ejecutivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se esbozó un Plan de Acción para la Eliminación de la Sífilis Congénita, y

desde entonces, se han llevado a cabo actividades dispersas sin que haya habido un esfuerzo Regional sistemático. Por esta razón, la OPS retomó el tema y el mandato de los países en el año 2003; para reforzar la capacidad regional, la Unidad de VIH/SIDA de la OPS ha incluido la eliminación de la sífilis congénita en su plan de trabajo 2004-

2005(10) Así mismo en planificación de objetivos del milenio 2001-2015, los miembros de las Naciones Unidas extienden la máxima oportunidad para disminuir los casos de sífilis materna fetal.

Nuestro hospital no ajena a los planes y objetivos mencionados arriba y como parte de la estructura fun-

“Una de las metas del milenio para 2015, es erradicar sífilis congénita”

## Realidad de la vigilancia

cional del Ministerio de Salud, tiene responsabilidad de vigilar y controlar sus vastos efectos de este daño y es así, desde hace 4 años viene monitorizando casos de sífilis congénita. Durante este periodo atendiendo a 26,279 total de mujeres, con 117 casos positivos de sífilis con un total de 39% de cobertura.



Fuente: Unidad de Epidemiología y Salud ambiental (OESA) 2011

Según atenciones, las mujeres atendidas por parto vía vaginal tuvieron mayor incidencia de RPR (+) con I.A 0.35, 0.30, 0.25 y 0.19 X 1000 at., según datos del registro 2008 a 2011; seguida por las que terminaron en aborto con I.A 0.09 2008 y 0.26 x 1000 atenciones para el

presente primer semestre 2011, mientras las gestantes y las cesareadas mantiene entre 0.05 a 0.08 de RPR(+) $\times$  1000 atenciones.

Las respuestas de positividad en RPR por tipo de término de gestación estaría relacionado por algún motivo por las oportu-

nidades para exámenes de descarte de RPR durante término de gestación, como responde análisis de relación no paramétricas Tau\_b de Kendall y Pearson “La correlación significativa al nivel 0,01” (bilateral) con IC=95% .742 - .747. (ver Siguiente Graf. )

Tabla: Relación de Sensibilidad Según Oportunidad para Tamizaje de RPR en servicio de Geneco-Ostetricia 2008 2011 / HNHU

			RPR.PUERP.	RESULT.	TERMINO DE GESTACION
Tau_b de Kendall	RPR.PUERP.	Coefficiente de correlación	1.000	.675(**)	.747(**)
		Sig. (bilateral)	.	.000	.000
		N	4833	4833	4833
	RESULTADO	Coefficiente de correlación	.675(**)	1.000	.742(**)
		Sig. (bilateral)	.000	.	.000
		N	4833	4833	4833
	TERMINO DE GESTACION	Coefficiente de correlación	.747(**)	.742(**)	1.000
		Sig. (bilateral)	.000	.000	.
		N	4833	4833	4833

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

*“Existiría mayor sífilis congénita en la población demandante que la cifra actual registrada”*

Los descartes de sífilis mediante este sencillo examen daría oportunidad de curar a los padres del niño y evitar complicaciones inmediatas del RN a efecto de la treponema; empero a I semestre de 2011, de 4,833 madres atendidas solo el 39.5% son examinadas para descarte de sífilis congénita, los restantes 60.5% de mujeres no son tamizadas con RPR, dejando hipótesis de que existiría mayor sífilis en la

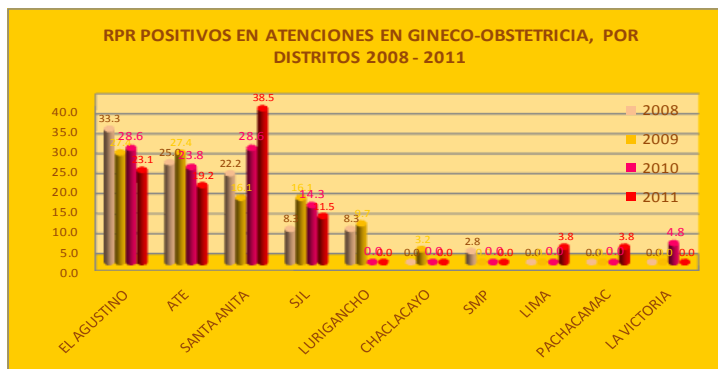
población demandante que la cifra actual registrada. El RPR, VDRL, IFI son los métodos recomendados, mediante cual se descarta o se confirmaría el diagnóstico(11–13). La Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y control de las ITS/VIH y Sida desde su fortalecimiento(2004) recomienda realizar tamizaje al 100% de gestantes y puérperas para sífilis congénita mediante RPR,

VDRL y en su extremo de examen dudosa el examen de IFI (14).

De los 117 casos confirmados para sífilis entre las gestantes y las puérperas oscilan en promedio de 3 a 20 casos por año. La cifra mas alta fue en el año 2010 (19) y 8 casos como promedio para el presente año; en general por cada 1000 mujeres muestreadas se espera tener 2 casos positivos.

## PREVALENCIA DE SIFILIS POR DISTRITOS

La prevalencia de sífilis según distrito, Santa Anita es el distrito con mayor prevalencia de casos de sífilis, seguida por El Agustino (30 y 27%) y 18 y 15% en San Juan de Lurigancho y Ate Vitarte. El 89,7% de casos procedieron de los 4 distritos mencionados. Según proporción las RPR positivas 17 X 1000 indica alta prevalencia de casos de sífilis en las gestantes en comparación a la cifra nacional, los



Fuente: Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental (OESA) 2011



FOTO 3

Sífilis neonatal

que amerita abordaje especial para los clínicos, por sus propias implicancias en Recién nacidos.

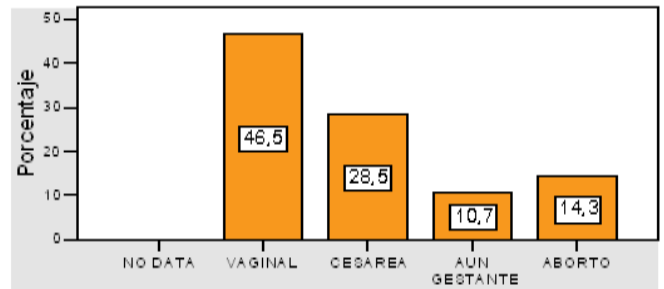
Las coberturas para lograr el tamizaje al 100% de la población demandante aun es baja (39,5%), cual no tiene justificación para estas bajas coberturas y ayudar el gran objetivo nacional y americana “*lucha contra el sífilis congénita*”, por lo menos en esta último tercer trimestre las coberturas deberán alcanzar el promedio nacional (80%), por lo que esperamos instaurar

nuevas estrategias de trabajo con compromiso multidisciplinario.

Las atenciones en servicio de ginecología para le pre-

sente año hasta primer semestre, incide 46.5% de partos vía vaginal, seguida por 28,5% en cesárea y 14,3% en aborto.

TERMINO DE GESTACION PRIMER SEMESTRE 2011



Fuente: Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental (OESA) 2011

## Análisis según complejidad de atenciones

En la grafica anterior se aprecia durante el año 2011 del 28.5% (1379) el 37.2% son poblaciones usuarias que recibieron servicios de capa compleja, básicamente que tuvieron atención en aborto (1.4%), cesárea (35.8%); contrariamente el 62.8% de atenciones son atenciones de capa simple; entre ellas, los partos vaginales con 60.33% en promedio durante los cuatro

años (2008-2011) y para el presente semestre con 55%. Así mismo existe un 6.85% de atención de paquete gestante (condición de riesgo sin determinar) y 1.53% de atención en abortos, en total el 70% poblaciones por sus características no calificadas para su prestación al servicio en el establecimiento III-I; predominando estas peculiaridades durante los 4 años.

La capacidad de respuesta instalada como establecimiento de alta resolución, cuenta con recursos humano financieros, materiales y logísticos según demanda externa, no habiendo motivos para bajas coberturas y atenciones contrapuestas según complejidad de atención.

Según procedencia de usuarias demandantes, se en-

“...existiría mayor sífilis congénita que la cifra actual , reto para cubrir brecha para II semestre del 2011”

## Realidad de la vigilancia de sífilis congénita en el HNHU

cuentra 2 tipos de poblaciones: Primero población Referida (28.5%) y segunda población no referida 71.3%, por metodología se analiza primero a la población no referida (jurisdiccional) donde predominantemente existen grandes diferencias, con bajos promedios en las atenciones en capa simple (partos vaginales 20.77%) versus atenciones de capa

Tabla. Usuaris según referencia servicio de Ginecología HNHU primer trimestre 2011

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
no data	9	.2	.2	.2
si	1379	28.5	28.5	28.7
no	3445	71.3	71.3	100.0
Total	4833	100.0	100.0	

Fuente: Oficina de Epidemiología y salud Ambiental (OESA) 2011

compleja con 59.87% (6.20%), ligero incremento (abortos 53.67% y cesáreas en atenciones en su condi-

ción de gestantes (sin confirmar su riesgo obstétrico). Las atenciones por aborto son las atenciones de mayor predominio alcanzando de 46.2% hasta 61.3% del total de población atendida, desplazando mayor parte de recursos en vez de atenciones en servicios mas complejas, condicionando brecha de necesidades.

Por otro, las variables de análisis poblacional, este patología es

de orden social, tiene como factores los embarazos indeseados por falta de planificación familiar, hemorragias, adolescentes y las infecciones de primer trimestre(15), considerados como un grave problema de salud publica de nuestro ámbito jurisdiccional; técnicamente siendo responsabilidad de los establecimientos de nivel I prevenibles mediante acciones preventivas promocionales.

Aunque la legislación nacional prohíbe todo tipo de abortos, nuestra realidad es que continuaremos atendiendo como servicios de capa compleja las patologías abortivos; faltan estudios exploratorias para determinar la relación causalidad, entre los factores para el predominio de alta demanda como población usuaria.

Según Poblaciones referidas el 60% predomina partos vagina-

INCIDENCIA DE TERMINO DE GESTACION SEGÚN REFERENCIA 2011

POBLACION REFERIDO

Rótulos de fila	ABORTO	CESAREA	GESTANTE	NO DATA	VAGINAL
2008	1.3	27.5	8.3	0.1	62.9
2009	1.0	29.2	5.9	0.0	63.9
2010	2.4	29.8	10.6	0.0	57.2
2011	1.4	35.8	7.7	0.0	55.0
<b>Total general</b>	<b>1.53</b>	<b>29.99</b>	<b>6.85</b>	<b>0.02</b>	<b>60.33</b>

POBLACION NO REFERIDO

Rótulos de fila	ABORTO	CESAREA	GESTANTE	NO DATA	VAGINAL
2008	61.3	3.6	19.4	0.0	15.6
2009	55.3	6.3	7.6	0.0	30.8
2010	54.0	4.8	25.8	0.0	15.4
2011	46.2	10.1	18.4	0.1	25.3
<b>Total general</b>	<b>53.67</b>	<b>6.20</b>	<b>14.53</b>	<b>0.02</b>	<b>20.77</b>

Fuente: unidad de Epidemiología (OESA) - 2011

les, 29% de cesáreas; de cada 3 atenciones solo uno son atenciones de capa compleja y restantes 70% aun mantiene dudas motivos por los cuales fueron referidas. Aunque durante estos últimos 4 años haya tenido implementación como establecimiento de referencia nacional, los promedios de atenciones de capa compleja (cesáreas) los promedios indican que no ha mejorado sustancialmente se logró solo el 8% de incremento, y por otro se disminuyó el 8% las atenciones en capa simple; Existiría razones para comportamiento de las atenciones según capas, las explicaciones se abordaran en el siguiente boletín.



Mejoramiento de infraestructura y equipamiento / Hospital Nacional Hipólito Unánue 2011



## EPIDEMIOLOGIA

# Reseña Histórica

La Oficina de Epidemiología posiblemente se haya creado como órgano comprendido dentro de la estructura funcional del actual hospital cuando la institución “Bravo chico” tuvo sus inicios a través de RM N° 1492 del 28 de mayo de 1,943 entonces con utilidad pública con objeti-

vo sanatorio de los enfermos de Tuberculosis; a través de los años a sufrido cambios sustanciales en mejoras y ampliación de servicios, el 24 de febrero de 1949 comenzó a funcionar oficialmente en un área construida de 15,161m<sup>2</sup>, con 418 camas. En 1962 fue

nombrado HOSPITAL DEL TORAX, creándose sus principales Departamentos Neumología, Cirugía de Tórax, Gineco-Ostetricia, Anatomía Patológica, Laboratorio, Radiología, Nutrición y nuevos Servicios como Cardiología, Otorrinolaringología y Oftalmología. En 1,968 se transfor-



Vista panorámico del Hospital Hipólito Unánue

“Actualmente el Hospital Nacional Hipólito Unánue es categorizada como EESS de nivel III-I

ma en Hospital General ampliando sus funciones con nuevos Departamentos: Medicina General, Cirugía General, Pediatría y nuevos Servicios de Traumatología, Nefrología, Neurocirugía, Urología, Gastroenterología, Cirugía Plástica, Psiquiatría y Dermatología. Al año siguiente, en 1,969, se convierte en Hospital General Base Centro de Salud Hipólito Unanue Área Hospitalaria N° 3 La Victoria, que asumiría las siguientes funciones: cobertura a nivel nacional, Diagnóstico y Tratamiento de Enfermedades

des Torácicas. 2. Diagnóstico y Tratamiento de Enfermedades del Niño, Adulto y Madre. En 1,972 se convierte en Hospital Base Docente, de acuerdo al Convenio firmado entre el Ministerio de Salud y la Universidad Nacional Federico Villarreal. En 1984 se crea por Ley 23864 el INSTITUTO NACIONAL DE CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR.

Según necesidad y políticas de turno apoyaron en mejoras del nosocomio hasta 2004 con ultima inversión

lograr categorizarse a establecimiento III-I.

La Oficina de Epidemiología habría venido acompañando durante esta transformación y desarrollo institucional, posesionándose como una de las unidades importantes dentro de la administración pública, aportando con análisis epidemiológico para toma de decisiones, sin el aporte no habría sustento para cualquier decisión política y cambios en el sector.



# CONMEMORACION POR EL DIA DE LA EPIDEMIOLOGIA

En este contexto, a fines de la década del 60 se da inicio evolución de la Epidemiología Hospitalaria generándose los primeros registros de la Vigilancia Epidemiológica y durante la década del 90 para constituirse en las acciones de vigilancia de daños de notificación obligatoria introduciendo en ellas las de Vigilancia de las Infecciones Intrahospitalarias (IIH)

En 1989 se organizó en la sede de la Organización Panamericana de la Salud en Washington, una Conferencia Regional sobre Prevención y Control de Infecciones Nosocomiales, donde acordaron promover la vigilancia de las IIH en los países miembros, entre ellas Perú, cual estaría bajo asesoría de los médicos cubanos quienes por década implantaron las bases de la epidemiología hospitalaria demostrando mas tarde que las 5% de las complicaciones están relacionados a IIH, hecho que asociaría con el uso de medicamentos, procedimientos,

resistencia bacteriana, etc. Solo demostrable a través de la epidemiología.

Razones suficientes para la celebración del Día de la Epidemiología, la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental del HNHU, por lo que ha considerado pertinente desarrollar el presente evento científico con el propósito de brindar al equipo de salud las herramientas necesarias para notificar oportunamente los daños de salud encontrados durante la prestación de servicios.

Cuya finalidad fueron fortalecer el conocimiento de daños relevantes de salud Hospitalaria, su tendencia y evolución, para tomar decisiones de responsabilidad en la gestión sanitaria.

Así mismo sensibilizar y capacitar al personal de salud sobre la importancia de las acciones de vigilancia epidemiológica.

Difundir la normatividad legal de protección de la salud ocupacional en los trabajadores de salud.



Por el día de la Epidemiología –HNHU–2011

**“Fortalecimiento del sistema de vigilancia es responsabilidad de todos”**

## Programación de Eventos

EVENTO CIENTIFICO	
“ENFOQUES DE LA EPIDEMIOLOGIA HOSPITALARIA”	
ORGANIZA	OFICINA DE EPIDEMIOLOGIA Y SALUD AMBIENTAL DEL HNHU
FECHA y HORA	: 19 DE SETIEMBRE DE 8:00 a 13:00 hrs.
LUGAR	: Auditorio del Hospital Nacional Hipólito Unánue.
LUNES 19/09/2011	
8: 00 am - 8: 45 am	Inscripción
8: 45 am - 9: 00 am	Apertura e Inauguración del Evento. <b>Dr. Gamero Álvarez Bazauri</b> Director General del HNHU
9:00 am – 9:45 am	1 <sup>er</sup> TEMA Enfoques y Avances de la Epidemiología Hospitalaria en el contexto de la Salud Pública <b>Ponente: Dr. Luis Loyola García Frías</b> Director de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental HNHU
9:45 am – 10:30 am	2 <sup>do</sup> TEMA Salud Ocupacional, práctica responsable del trabajador en el marco de la Ley de Seguridad en el Trabajo <b>Ponente: Lic. María Cecilia Rodríguez Ríos</b> Responsable de la Unidad de Salud Ocupacional
10:30 am - 10:45 am	BREAK.
10:45 am – 11:30 am	3 <sup>er</sup> TEMA La TBC y sus riesgos ocupacionales, Prevención y Control de la transmisión de la enfermedad en el personal de salud <b>Ponente: Doctor Dante Vargas Vásquez</b> Coordinador de la Estrategia Sanitaria de Prevención de la TBC- HNHU
11:30 am – 12:15 m	
Mesa Redonda	: Perfil Epidemiológico de la jurisdicción de DISA IV LE
	<b>Panelistas:</b>
	- Análisis de la Situación de Salud de DISA IV LE <b>Dr. Américo Sandoval Lara</b> Director de Epidemiología de DISA IV LE

**CONCLUSIONES  
DEL EVENTO POR  
EL DIA DE LA  
EPIDEMIOLOGIA  
19/09/11**

**EPIDEMIOLOGIA HOSPITALARIA**

El Director de oficina de Epidemiología y Salud Ambiental, concluye compartiendo los resultados del estudio SENIC, “que la implementación de sistema de vigilancia intensiva de las IIH, ... tiene 3 objetivos bien marcados: 1) determina el grado de eficacia de la aplicación de la vigilancia de las IIH, 2) describe el

estado actual de IIH y las tasas de infección, y 3) demuestra las relaciones entre las características entre las variables y sus cambios entre los servicios” Las Infecciones de Tractos Urinarios, Infecciones de Heridas Operatorias, Neumonías y Bacteriemias, aun son indicadores preestablecidos para la vigilancia de las IIH que en el estudio SENIC demostró reducir a través de su intervención ”

La vigilancia y control es responsabilidad de todos.



Dr. Luis Felipe Francisco Loyola Garcías-Frias  
Director de epidemiología Hospital Nacional Hipólito Unánue

**SALUD OCUPACIONAL, PRACTICA RESPONSABLE DEL TRABAJADOR EN EL MARCO LEGAL / LEY N° 29783**

**Salud ocupacional**  
**Definición:**

Es el daño orgánico o funcional infringido al trabajador como resultado de la exposición a factores de riesgos físicos químicos, biológicos y ergonómicos, inherentes a la actividad laboral.

Hasta la publicación de la ley 29783 del 29 de agosto 2011, la seguridad de los trabajadores solo era privilegio de organizaciones privadas, a hora buena deja sin efecto los alcances anteriores y extiende su ámbito con respecto al Reglamento

de Seguridad y Salud en el Trabajo DS 009-2005-TR (emitido el 29 de setiembre de 2005) comprende a todos los empleadores y los trabajadores bajo el régimen laboral de la actividad privada en todo el territorio nacional, trabajadores y funcionarios del sector público, trabajadores de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional del Perú y trabajadores por cuenta propia, ley democratizada a fin de asegurar salud, bienestar y seguridad en todo su comprensión para los trabajadores ausentes y discriminatorias por muchos años.

**Principios**

Responsabilidad, Cooperación, Información y Capacitación, Gestión integral, Atención Integral de la Salud, Consulta y participación Primacía de la realidad Y Protección.



Lic. María C. Rodríguez Ríos  
Responsable de la UPS de Salud Ocupacional Of. De Epidemiología y Salud Ambiental (OESA) Setiembre

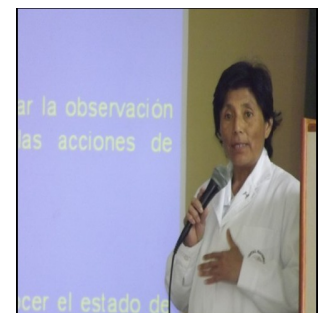
**VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA Y SU IMPORTANCIA EN EL MANEJO Y CONTROL DE LAS EMFERMEDADES DE NOTIFICACION**

... la vigilancia epidemiológica son un conjunto de herramientas importantes en la Salud Pública, cual nos permite conocer el estado de salud de la población de modo actualizado y permite identificar precozmente los brotes o epidemias para su oportuna intervención y control || (17).

Siempre será necesario utilizar los tres indicadores **Oportunidad, Cobertura y**

**Calidad del dato.**

Por cuanto asegurar que la información de los daños sujetos a vigilancia epidemiológica remitida por las Unidades Notificantes del HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE sea confiable y permita oportunidad de análisis, interpretación, difusión de la información y toma de decisiones. de la cual aun se tiene debilidades.

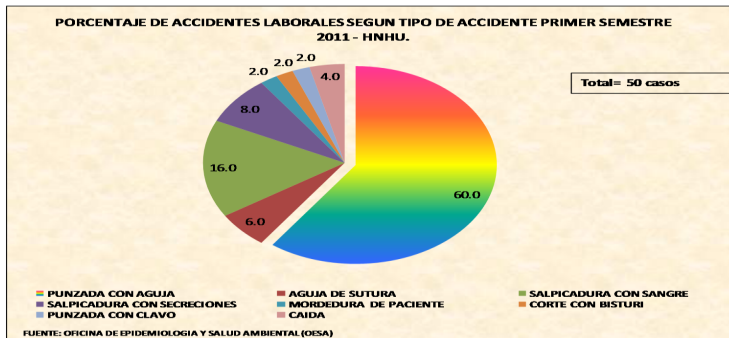


Lic. María Alcántara Montero Resp.  
De la UPS Vigilancia Epidemiológica y VPC de las IIH de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental / 9-2011

## Accidentes ocupacionales HNHU al primer semestre 2011

Se observa que en el primer trimestre del 2011\* se reportaron (50 casos de accidentes laborales), de los cuales el 60% fue punzada con aguja, seguido por salpicadura con secreciones

y sangre el 16% (8 casos); asimismo los servicio de medicina reportó alto porcentaje de accidentes punzocortantes en el personal de salud. este comportamiento estaría relacionado que el pabellón de medicina es considerado una zona de alto riesgo, por alta concentración de alumnos que realizan actividades de formación académica como internos y estudiantes de las diferentes especialidades.



Fuente: Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental (OESA) 2011

## MANEJO DE LOS RESIDUOS SOLIDOS HOSPITALARIOS Alcances de Ley 27314—Art. 14°: Definición de Residuos Sólidos

Aquellas sustancias productos o subproductos en estado sólido o semisólido de los que su generador dispone o esta obligado a disponer en virtud de los establecido en la norma nacional o de los riesgos que causan a la salud y el ambiente para ser manejados a través de un sistema que incluya según corresponda los siguientes procesos:

- 1.- Minimización de residuos
- 2.- Segregación en la fuente



- 3.- Reaprovechamiento
- 4.- Almacenamiento
- 5.- Recolección
- 6.- Comercialización transporte
- 7.- Almacenamiento
- 8.- Tratamientos transferencia
- 9.- Disposición Final

### Clasificación de los RSH



**Disposición y tratamiento de residuos sólidos en proyecto alternativo, un Sistema ecológico seguro**

## Sistema de tratamiento de los RSH

La Organización Mundial de la Salud, identificó los potenciales riesgo del manejo de residuos sólidos hospitalarios peligrosos, listando los siguientes efectos potenciales: SIDA, Hepatitis B y C, infecciones gastroentéricas, infecciones respiratorias, infecciones dérmicas e intoxicaciones entre otras patologías. Como contra puesta a este riesgo el Hospital Nacional Hipólito Unánue promueve el proyecto integral en ejecución "Para Optimizar el Manejo de Residuos Sólidos en el HNHU. El proyecto comprende en dar solución a la problemática

de los RSH del HNHU, abarcando los componentes de infraestructura, gestión desarrollo de Recursos humanos. En cuanto a la infraestructura se viene construyendo la planta de tratamiento en un área de terreno de 871 mtrs cuya distribución de área esta basada en el manejo de las barreras sanitarias, por medio de la cual la zona contaminada esta completamente separada de la zona limpia. El sistema de tratamiento de los RSH se basa en un equipo esterilizador a vapor con triturador incorporado (autoclave con principio de tritu-

ración antes de la esterilización, en un mismo recipiente cerrado y hermético), sistema de un solo paso y procedimientos compatibles con la bioseguridad.



Proyecto Planta de tratamiento de RSH octubre del 2011



PERU

Ministerio de  
Salud

Hospital Nacional  
Hipólito Unánue

Oficina de Epidemiología  
y Salud Ambiental

## OFICINA DE EPIEMIOLOGIA Y SALUD AMBIENTAL 2011

Av. Cesar Vallejo 1390 - El Agustino

Teléfono: 362-4947- 362-5700 Fax: 362-5700 anexo: 2016\_2106

Correo: [oesa@hnhu.gob.pe](mailto:oesa@hnhu.gob.pe), [oficina.epidemiologia.hnhu@gmail.com](mailto:oficina.epidemiologia.hnhu@gmail.com)

# OESA

## Referencias bibliográficas

1. Zarrabeitia Puente R, Fariñas M, García Palomo J, Agüero Balbina J. Diarrea asociada a Clostridium difficile. Med Clin (Barc). 1998;110:359.
2. Selva O'Callaghan A, Yuste M, Armadansa L, Almirante Gragerab B, San José Laporte A, Vilar-dell Tarrés M. Factores de riesgo de infección por Clostridium difficile en pacientes ancianos. Estudio de casos y controles. Medicina clínica. 2000;115 (13):499-500.
3. Amat Villegas I, Borobio Aguilar E, Belouqui Perez R, de Llano Varela P, Oquiñena Legaz S, Martínez-Peñuela Virseda J. Espiroquetosis colónica: una causa poco frecuente de diarrea en el adulto.
4. Hernández Rivas J, Vaquero M, Sanz P. Dolor abdominal y diarrea en un varón de 33 años. Medicina clínica. 2000;115(7):271-7.
5. Del Arco A, Poveda F, Prada JL, de la Torre J, García-Alegria J. Diarrea por protozoos en pacientes con serología positiva frente al virus de la inmunodeficiencia humana en la era TARGA. Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. 2000;18 (4):200-4.
6. Delgado Rodríguez M. Diarrea nosocomial por Clostridium difficile. Med Clin (Barc). 2000;115:501-2.
7. Noval Menéndez J, Nuño Mateo F, Gallo Álvaro C, Fuente Martín E. Diarrea en una mujer de 49 años de edad con síndrome de solapamiento. Revista clínica española. 2001;201(12):725-6.
8. Astete J, Gastañaga M del C, Fiestas V, Oblitas T, Sabastizagal I, Lucero M, et al. [Communicable diseases, mental health and exposure to environmental pollutants in population living near Las Bambas mining project before exploitation phase, Peru 2006]. Rev Perú Med Exp Salud Publica. 2010 Dic;27(4):512-9.
9. [http://www.paho.org/spanish/dd/ais/be\\_v26n1-sp-sifilis.htm](http://www.paho.org/spanish/dd/ais/be_v26n1-sp-sifilis.htm) [Internet]. [citado 2011 Sep 24]; Available from: [http://www.paho.org/spanish/dd/ais/be\\_v26n1-sp-sifilis.htm](http://www.paho.org/spanish/dd/ais/be_v26n1-sp-sifilis.htm)
10. 9789243595856\_spa.pdf [Internet]. [citado 2011 Sep 25]; Available from: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789243595856\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789243595856_spa.pdf)
11. Obregón Fuentes AM, Peña Plasencia A, Rodríguez Silveyra JE. Evaluación del antígeno-RPR elaborado por la Empresa de Productos Biológicos« Carlos J. Finlay». Revista Cubana de Medicina Tropical. 1999;51(1):63-4.
12. Rodríguez González I, Obregón Fuentes AM, Peña Plasencia A, Rodríguez Silveyra JE. Evaluación del antígeno-RPR elaborado por la Empresa de Productos Biológicos« Carlos J. Finlay». Revista Cubana de Medicina Tropical. 1999;51:63-4.
13. Jaramillo AC, Bustillo J. Sífilis activa como predictor de riesgo para Infección VIH en embarazadas de Bogotá 1998-1999. UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA.
14. MINSA\_TV\_VIH.pdf [Internet]. [citado 2011 Sep 25]; Available from: [http://www.drelalibertad.gob.pe/salud/documentos/MINSA\\_TV\\_VIH.pdf](http://www.drelalibertad.gob.pe/salud/documentos/MINSA_TV_VIH.pdf)
15. Estudio de morbilidad y mortalidad por aborto en 36 instituciones de Bolivia, Colombia, Perú y Venezuela [Internet]. 1991 Dic [citado 2011 Sep 25]; Available from: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=293174&indexSearch=ID>.
16. Revista médica de Chile - Residuos hospitalarios peligrosos en un centro de alta complejidad [Internet]. [citado 2011 Oct 13]; Available from: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872007000700009&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872007000700009&script=sci_arttext)