PERÚ Ministerio de Salud

06

Semana Epidemiológica N° 23 al 26
Del 4 de Junio del 2017 al 1 de Julio del 2017
Disponible en www.inmp.gob.pe

Boletín Epidemiológico

Oficina de Epidemiologia y Salud Ambiental
VOLUMEN N° 06 – 2017

DIRECTOR GENERAL:
Dr. Enrique Guevara Rios

DIRECTOR ADJUNTO:
Dr. Amadeo Sanchez Gongora

JEFE DE LA OFICINA DE EPIDEMIOLOGIA Y SALUD AMBIENTAL
Dr. Oswaldo Gonzales Carrillo

EQUIPO TECNICO
Lic. Elizabeth Yañez Alvarado
Lic. Priscilla Salazar Barreda
Lic. Jesus Pardo Meza
Asist. Prof. I Anselmo Concha Huacoto
Tec. Adm. I Lucila Ponce Veneros
Asist. Ejec. I Rosa Bravo Chavez

PARÁLISIS FLÁCIDA AGUDA

En 1988 en la 41.ª Asamblea Mundial de la Salud, se adoptó una resolución que marcó la creación de la Iniciativa de **Erradicación Mundial de la Poliomielitis**, encabezada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Asociación Rotaria Internacional, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los EE.UU. (CDC) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), y que contó con el apoyo de asociados clave como la Fundación Bill & Melinda Gates.

Esto vino en el proceso de la certificación de la erradicación de la viruela en 1980, de los progresos realizados en los años ochenta hacia la eliminación de los poliovirus en las Américas y del compromiso asumido por la Asociación Rotaria Internacional para recaudar fondos y así proteger de esta enfermedad a todos los niños.

A nivel mundial, desde el lanzamiento de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis, el número de casos ha disminuido en más de un 99%. La inexistencia de poliomielitis se certificó en la Región de las Américas en 1994, en la Región del Pacífico Occidental en 2000, y en la Región de Europa en junio de 2002. El 27 de marzo de 2014 se certificó que la Región de Asia Sudoriental de la OMS estaba exenta de poliomielitis, lo que significa que la transmisión del poliovirus salvaje se ha interrumpido en ese conjunto de 11 países que se extiende desde Indonesia hasta la India.

Este logro supone un gran avance en la erradicación global, dado que el 80% de la población mundial vive actualmente en regiones en las que se ha certificado la eliminación de la poliomielitis.



SITUACION ACTUAL

Al 28 de Junio 2017 se reportan poliovirus salvaje en dos países: En Afganistán, 4 casos con inicio de parálisis; y Pakistán, 2 casos con inicio de parálisis.

La República Democrática del Congo (DR Congo) se ve afectada por dos brotes separados de circulación derivados de la vacuna poliovirus tipo 2 (cVDPV2), en la provincia de Haut Lomami (dos casos) y en la provincia de Maniema (dos casos).

En Siria, se han reportado a la fecha, 5 casos nuevos de circulantes derivados de la vacuna poliovirus tipo 2 (cVDPV2) en la última semana, con un total de 22 casos. Todos ellos tuvieron inicio de la parálisis entre el 3 de marzo y el 25 de mayo.

El Perú está libre de circulación endémica del virus salvaje de poliomielitis desde el mes de agosto de 1991, fecha en la que se detectó y confirmó el último caso en el distrito de Pichanaqui, departamento de Junín; el cual fue también el último caso de las Américas. Este logro fue conseguido gracias al esfuerzo de miles de trabajadores del Ministerio de Salud, las Direcciones Regionales, Seguridad social y otros componentes del sector salud; con el apoyo financiero del club Rotary International y al apoyo técnico y financiero de Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

DEFINICIONES OPERATIVAS

- **Parálisis flácida aguda (PFA):** Está caracterizada por pérdida o disminución de la fuerza muscular (parálisis o paresia), disminución o ausencia de tono muscular (hipotonía) y disminución o ausencia de reflejos (hipo o arreflexia), con una instalación aguda de curso progresivo o rápidamente progresivo sin asociación a trauma previo.

- **Poliomielitis:** Enfermedad infecciosa viral producida principalmente por cualquiera de los tres serotipos de poliovirus: salvaje, vacunal o derivado de vacuna y que puede presentar compromiso espinal o compromiso bulbar. Las infecciones subclínicas son comunes, sin embargo el cuadro clínico más importante que produce es la poliomielitis paralítica que se presenta en 0.5 a 1% de los infectados. La manifestación clínica típica de la poliomielitis paralítica es la parálisis flácida aguda (PFA). El periodo de incubación tiene un rango que va de 4 a 40 días; y el periodo de transmisibilidad mayor es de una semana antes y dos semanas después del inicio de la parálisis; sin embargo, el poliovirus puede estar presente en las heces hasta 3 a 6 semanas después de la infección.

- **Poliovirus salvaje:** Los poliovirus son enterovirus, miembros de la familia *Picornaviridae*, virus de ARN cortos, que han sido clasificados en tres serotipos, denominados Poliovirus 1 (PV1), Poliovirus 2 (PV2) y Poliovirus 3 (PV3) y se transmiten a través de la vía fecal – oral.

- **Poliovirus derivado de vacuna (PVDV):** Son formas de poliovirus que han mutado genéticamente de la cepa contenida en la vacuna oral contra la poliomielitis, que han readquirido la neurovirulencia y transmisibilidad. Son divididos en los siguientes tipos:
  - **Circulantes (cPVDV):** Cuando existe evidencia de transmisión de persona a persona en la comunidad. Están asociados con brotes de polio en áreas con baja cobertura de vacunación.
  - **Asociados con inmunodeficiencia (iPVDV):** Cuando los virus son aislados en pacientes con inmunodeficiencia (defectos en la producción de anticuerpos) que tienen infección prolongada.
  - **Ambiguos (aPVDV):** Aislamientos casuales en personas sin inmunodeficiencias conocidas u obtenidos del medio ambiente, cuya fuente no ha sido determinada.



EVALUACIÓN DEL RIESGO EN EL PAÍS

La detección de la aparición de cVDPV2 señala lo importante que resulta que se mantenga una elevada cobertura vacunal sistemática en todos los niveles, a fin de reducir al mínimo el riesgo y las consecuencias de toda circulación de poliovirus. Asimismo, se debe evaluar la vigilancia epidemiológica y las medidas que se pongan en práctica para responder a posibles casos.

A pesar que en el país no existe circulación autóctona del virus salvaje de la polio hace 25 años, el riesgo de importar el virus de otros países se encuentra latente por el incremento del intercambio comercial con países de otros continentes donde existe aún la circulación del virus, así mismo está presente el riesgo de presentar casos de polio virus derivado de vacuna (PVDV), en especial en localidades con bajas coberturas de vacunación y acumulo de susceptibles.

En el 2015 se notificaron 70 casos de parálisis flácida aguda (PFA) alcanzando una tasa de 0,80 x 100 000 menores de 15 años, en el 2016 se notificaron 62 casos de parálisis flácida aguda (PFA) logrando una tasa ajustada de 0,72 x 100 000 menores de 15 años, y a la SE N° 26- 2017 se ha notificado 24 casos de PFA alcanzando una tasa de 0.56 x 100 000 menores de 15 años, valor inferior al estándar esperado de 1 x 100 000 < de 15 años.

Bibliografia:

1. ***Enlace, Organización Mundial de la Salud: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs114/es/***
2. ***Enlace, Erradicación de Poliomielitis: http://polioeradication.org/polio-today/polio-now/this-week/***
3. ***Nota informativa: Equipo Técnico Grupo Temático Materno Infantil/ Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades***
4. ***Vigilancia de Parálisis Flácida Aguda: http://www.dge.gob.pe/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=411&Itemid=143***

Oficina de Epidemiologia y Salud Ambiental del INMP
Equipo Técnico

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LA MORTALIDAD MATERNA

En el pais, hasta la SE 26 del 2017 se han reportado 211 casos muertes maternas a nivel nacional.
En el INMP se han reportado 6 casos de muerte materna como lo vemos en la siguiente gráfica.

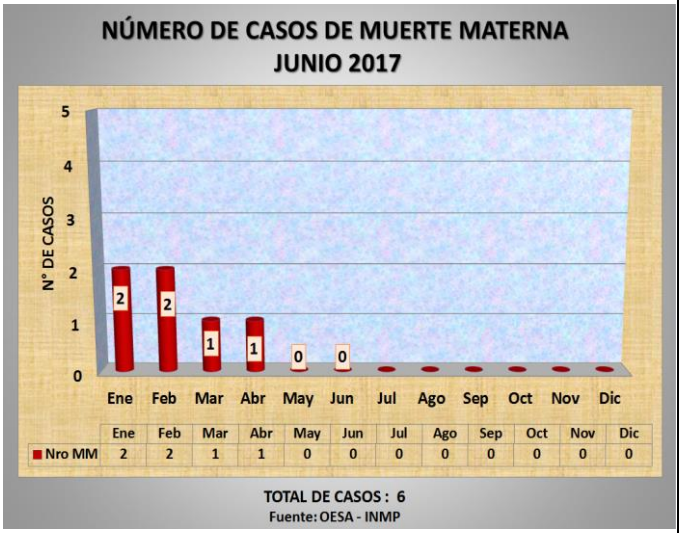


Gráfico 1. Número de Muertes Maternas. INMP 2017

La primera paciente fue un caso de Shock Séptico Refractario, Hemorragia post Parto, Desprendimiento Prematuro de Placenta; referida del Hospital Daniel Alcides Carrión de Cerro de Pasco y que tuvo una estancia en nuestra institución hasta su fallecimiento mayor de 48 h.

El segundo caso, tuvo como diagnóstico Shock Séptico Refractario, Hemorragia Post Aborto además asociado a Aborto Séptico, referida del Hospital de San Juan de Lurigancho, falleciendo en menos de 48 horas.

El tercer caso, tuvo como diagnostico Tromboembolia Pulmonar, Sepsis y Preeclampsia Severa, falleciendo después de 48 horas de estancia hospitalaria en el INMP, referida del Hospital Victor Ramos Guardia de Huaraz.

El cuarto caso, tuvo como diagnostico Shock Séptico, Shock Hipovolémico, Preeclampsia Severa - Sindrome HELLP, referida del Hospital Victor Ramos Guardia de Huaraz, falleciendo en la Etapa del Puerperio en nuestra institucion, despues de las 48 horas de estancia hospitalaria.

El quinto caso, fue un caso de Shock Séptico Refractario, Insuficiencia Respiratoria y Preeclampsia Severa, referida del Hospital de Chincha, falleciendo 66 días post parto, siendo considerada como una muerte materna tardía.

El sexto caso, tuvo como diagnostico Hemorragia Intracerebral, Hemorragia Post Parto y Eclampsia, no referida, falleciendo en el Puerperio tardio despues de las 48 horas.

CAUSAS DE MUERTE MATERNA
I SEMESTRE 2017

DIAGNOSTICO			N° DE CASOS
CAUSA BASICA	CAUSA INTERMEDIA	CAUSA FINAL	
DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA	HEMORRAGIA POST PARTO	SHOCK SEPTICO REFRACTARIO	1
ABORTO INCOMPLETO	HEMORRAGIA POST ABORTO	SHOCK SEPTICO REFRACTARIO	1
SINDROMDE DE HELLP- PREECLAMPSIA SEVERA	SEPSIS	TROMBOEMBOLIA PULMONAR	1
PREECLAMPSIA SEVERA	SHOCK HIPOVOLEMICO	SHOCK SEPTICO	1
PREECLAMPSIA SEVERA	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA	SHOCK SEPTICO REFRACTARIO	1
ECLAMPSIA	HEMORRAGIA POSTPARTO SECUNDARIA O TARDIA	HEMORRAGIA INTRACEREBRAL EN HEMISFERIO, NO ESPECIFICADA	1
TOTAL			6

Total : 6
Fuente: OESA - INMP

Tabla 1. Muertes Maternas en el INMP - 2017

El 80% (5) de las muertes tuvieron una estancia hospitalaria > de 48 horas y el 20% (1) tuvo estancia < de 48 horas en nuestra institución.

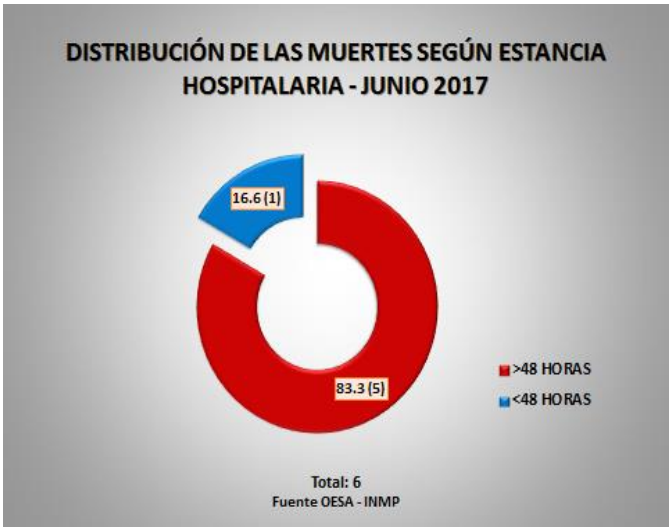


Gráfico 2. Muertes Maternas según estancia hospitalaria. INMP 2017

El 100% (6) de las muertes fueron por causa directa y no hay muertes de causa indirecta o incidental.

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN MORBILIDAD MATERNA EXTREMA EN EL INMP

La vigilancia de la Morbilidad Materna Extrema (MME), es en una herramienta importante para el control de la muerte materna en nuestra institución.
El número de casos de MME hasta el mes de junio del 2017 suman 191 casos.



Gráfico 3. Número de Casos de Morbilidad Materna Extrema – INMP 2017

El mayor porcentaje de casos presentados están asociados a Pre eclampsia – Síndrome HELLP con 99 casos (51.8%), el otro grupo de mayor frecuencia está en relación a Sepsis de origen obstétrico y no obstétrico que en conjunto suman 38 casos (19.9%), seguido por las hemorragias pos parto con 19 casos (9.9%), las complicaciones por aborto con 9 casos (4.7%) presentados y las hemorragias de la segunda mitad del embarazo que fueron 8 casos (4.2%). Finalmente, otras causas intercurrentes no asociadas al embarazo fueron 18 casos (9.5%).

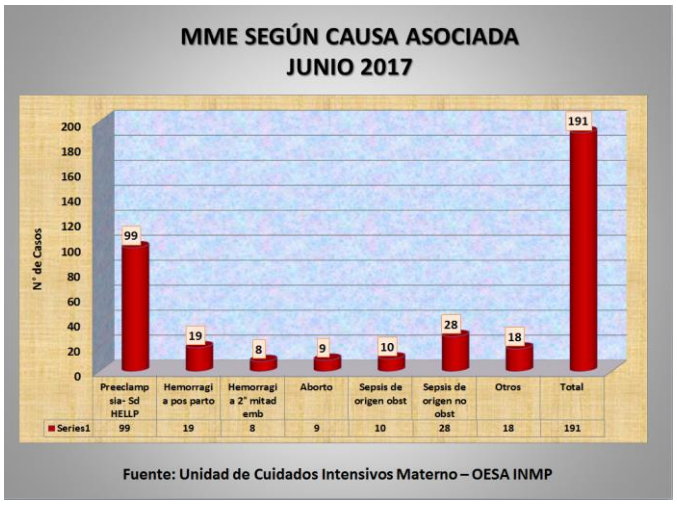


Gráfico 4. Casos de MME según Patologia Asociada – INMP 2017

Presentamos ahora, los indicadores de resultados de morbilidad materna extrema:

Razón de Morbilidad Materna Extrema. Para Junio de este año, la razón es 17.42 casos x 1000 nacidos vivos.; la meta propuesta es llegar a menos de 8 x 1000 nv a fines de año.

Índice de Mortalidad. Para Junio, hubo 6 muertes maternas, por ello el Índice de Mortalidad es 3.04%. La meta propuesta es que a final de año menos del 4% del total de casos de MME tengan un desenlace fatal.

Relación Morbilidad Materna Extrema / Muerte Materna. Para Junio la razón de MME/MM es 31.8 casos de MME por una muerte ocurrida. La meta propuesta es que tengamos más de 35 casos de MME por cada paciente fallecida.

Índice de Mortalidad Perinatal en MME. El porcentaje de casos para este mes de Junio es de 5.75% de muertes perinatal por casos de MME (3 casos).

Relación Criterios de Inclusión / Casos Presentados de MME. En Junio del presente año tenemos 3.74 criterios de inclusión por cada caso de MME presentado. La meta propuesta es menos de 5 criterios de inclusión por cada caso presentado.

INDICADORES DE RESULTADO DE MME
JUNIO 2017

INDICADOR	FORMULA	E	F	M	A	M	J
Razón de MME (Prevalencia) Evalúa el aporte de la MME en la atención de la gestante (Meta < 8 x 1000 NV)	N° casos de MME x 1000 / Total Nacidos vivos	19.69	17.99	16.15	17.71	18.45	17.62
Índice de Mortalidad (Letalidad en las Mujeres con MME- Calidad de atención) (Meta <4%)	N° Muertes Maternas x 100 / N° Muertes Maternas + N° MME	5	5.5	5.05	4.25	3.38	3.04
Relación MME/MM (Letalidad - Calidad de atención) (Meta > 35)	N° MME / N° MM	19	17	18.8	22.5	28.5	31.8
Indice de Mort Perinatal en MME (Impact, Letalidad perinatal en MME, calidad de atención y oport de rpta para reducir MF)	N° Muertes perinatales en MME x 100 / N° MME	5.26	2.94	3.19	2.22	6.43	5.75
Relación Criterios / Caso (Severidad de la salud materna) (Meta < 5)	N° Total de C.I. / N° MME	3.74					

Fuente: Unidad de Cuidados Intensivos Materno – OESA INMP

Tabla 2: Indicadores de Resultado de MME – INMP 2017

VIGILANCIA DE LAS INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD

Mostramos la tendencia de IAAS a través de los meses, por servicio y factor de riesgo presentado.

Densidad Incidencia de Infecciones del Torrente Sanguíneo (ITS) por Catéter Venoso Periférico (CVP) En el servicio de Neonatología (UCIN y Cuidados Intermedios Neonatales). El número de casos para junio es de 3 casos de ITS por CVP, con una tasa de 1.39 x 1000 días de exposición. Se visualiza un incremento de la tasa para este mes.

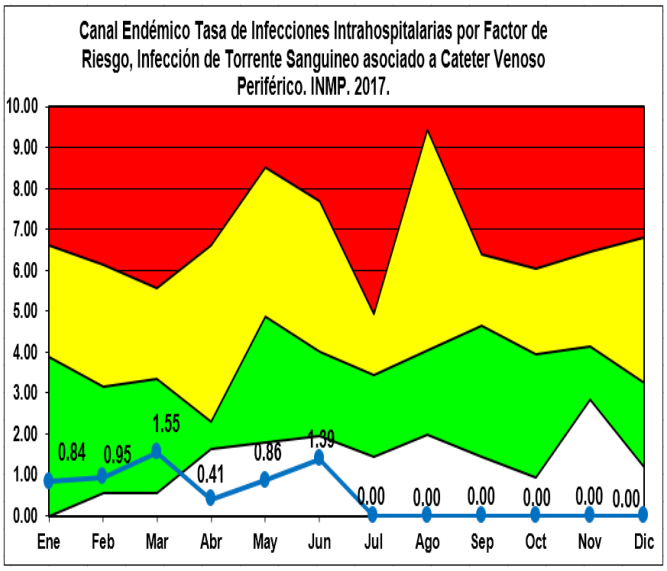


Gráfico 5. Densidad Incidencia de ITS asociado a CVP. Neonatologia – INMP 2017

Densidad Incidencia de Neumonía asociada a Ventilador Mecánico (VM) en el Servicio de Neonatología (UCIN). No se presentaron casos de neumonía asociado a ventilador mecánico para el mes de junio.

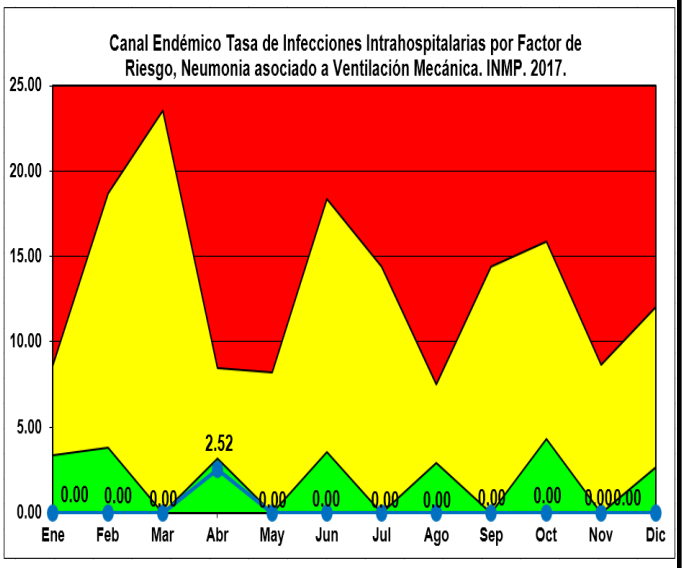


Gráfico 6. Densidad Incidencia de Neumonia asociado a Ventilación Mecánica. Neonatologia – INMP 2017

Densidad Incidencia de Infecciones del Torrente Sanguíneo Asociadas a Catéter Venoso Central (CVC) en el Servicio de Neonatología. En junio se presentaron 12 casos de ITS por CVC, con una tasa de 15.65 x 1000 días de exposición. Este mes la tasa también se encuentra en rangos de ALERTA, siendo un riesgo que amerita mucho control.

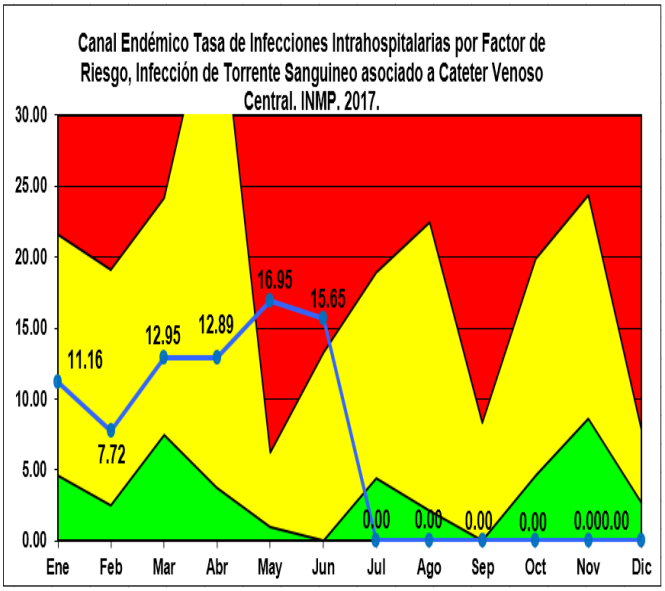


Gráfico 7. Densidad Incidencia de ITS asociado a CVC. Neonatologia – INMP 2017

Tasa de Incidencia de Endometritis Por Parto Vaginal en Servicios de Obstetricia. En el mes de junio no se presentaron casos de endometritis por parto vaginal.

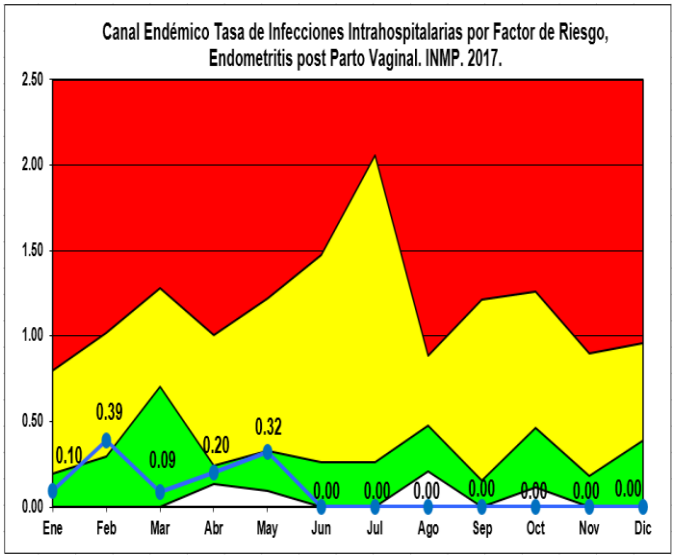


Gráfico 8. Incidencia Acumulada de Endometritis post Parto Vaginal. Gineco-Obstetricia – INMP 2017

Tasa de Incidencia de Endometritis post Cesárea en Servicios de Obstetricia. En el mes de junio se presentaron 2 casos de endometritis por cesárea, con una tasa de 0.29 x 100 cesáreas. Disminuyendo levemente la tasa en comparación al mes anterior.

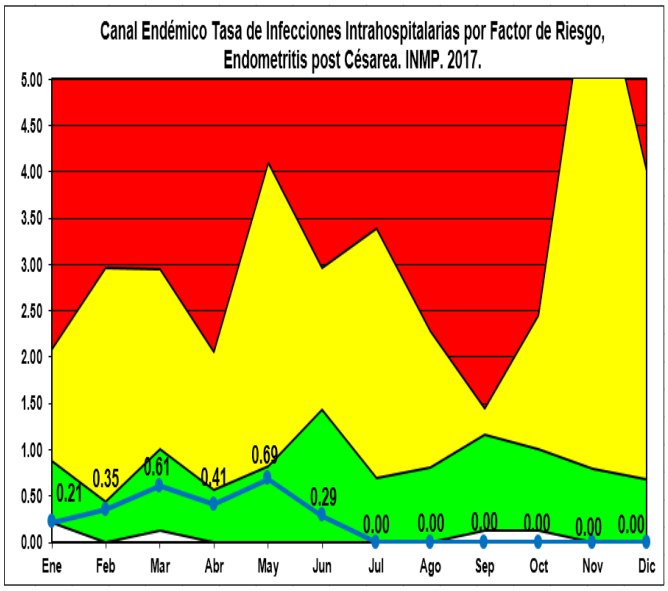


Gráfico 9. Incidencia Acumulada de Endometritis pos Cesarea. Gineco-Obstetricia – INMP 2017

Tasa de Incidencia de Infección de Herida Operatoria post Cesárea en Servicios de Obstetricia. En junio se presentaron 19 casos de IHO con una tasa de 2.74 x 100 cesáreas. Se observa que la tasa a disminuido levemente comparado con el mes anterior, aun así se siguen tomando las medidas respectivas, trabajando de manera conjunta con el comité de IAAS, para el control de estos casos.

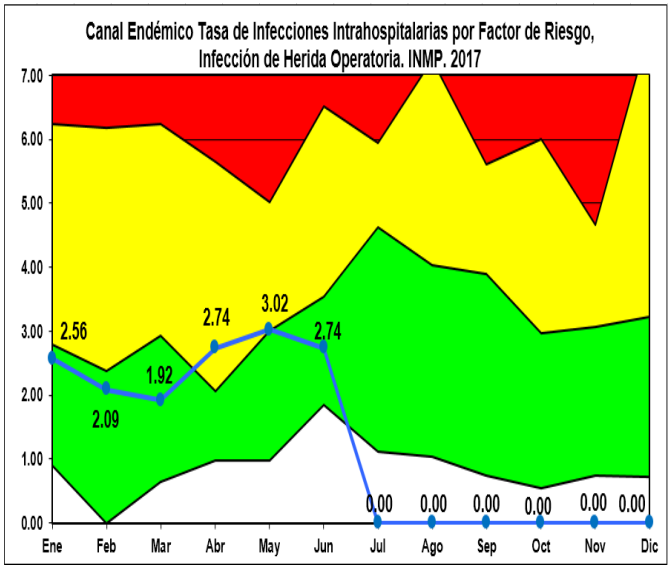


Gráfico 10. Incidencia Acumulada de Infección de Herida Operatoria post cesarea – INMP 2017

Densidad Incidencia de IAAS en la Unidad de Cuidados Intensivos Materno. En junio se presentó 01 caso de ITS por CVC, con una tasa de 14.08 x 1000 días de exposición y 01 caso de neumonía asociada a Ventilación Mecánica, con una tasa de 19.23 x 1000 días de exposición.

MES	UCI MATERNA											
	Cáteter Venoso Central (CVC)				Cáteter Urinario Permanente(CUP)				Ventilación Mecánica (VM)			
	Nº días de exposición	Nº pacientes vigilados	Nº ITS asociados a CVC	Tasa de ITS x 1000	Nº días de exposición	Nº pacientes vigilados	Nº ITS asociados a CUP	Tasa de ITS x 1000	Nº días de exposición	Nº pacientes vigilados	Nº Neumonias asociadas a VM	Tasa de ITS x 1000
ENERO	112	9	0	0.00	125	25	1	8.00	45	10	0	0.00
FEBRERO	49	9	3	61.22	118	29	1	8.47	48	9	3	62.50
MARZO	147	11	1	6.80	197	20	0	0.00	105	9	4	38.10
ABRIL	142	13	0	0.00	213	20	0	0.00	107	11	2	18.69
MAYO	113	15	1	8.85	161	35	3	18.63	64	12	6	93.75
JUNIO	71	10	1	14.08	142	21	0	0.00	52	7	1	19.23
JULIO				#DIV/0!			0	#DIV/0!				#DIV/0!
AGOSTO				#DIV/0!			0	#DIV/0!				#DIV/0!
SEPTIEMBRE				#DIV/0!			0	#DIV/0!				#DIV/0!
OCTUBRE				#DIV/0!			0	#DIV/0!				#DIV/0!
NOVIEMBRE				#DIV/0!			0	#DIV/0!				#DIV/0!
DICIEMBRE				#DIV/0!			0	#DIV/0!				#DIV/0!
TOTAL	634	67	6	9.46	956	150	5	5.23	421	58	16	38.00

Tabla 3. IAAS en Unidad de Cuidados Intensivos Materno – INMP 2017

IMPORTANTE:



VIGILANCIA DE INFECCION POR VIH/SIDA

El objetivo primordial de la estrategia sanitaria de VIH y otras ITS es que la transmisión vertical sea cero.

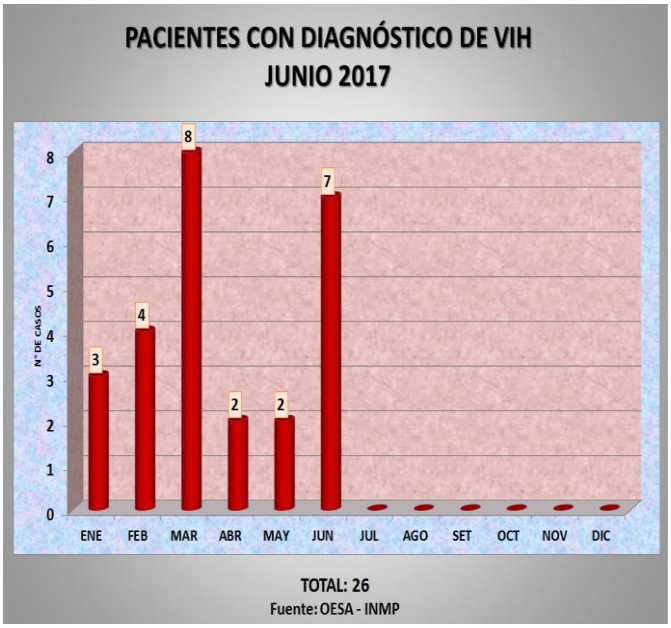


Gráfico 11. Pacientes con VIH en control prenatal – INMP 2017

En el mes de junio se reportaron en total 7 casos de pacientes con infección por VIH de las cuales 4 fueron atendidas para atención del parto, 1 para legrado uterino, 1 paciente con diagnóstico ginecológico y 1 para control prenatal del embarazo la cual recibirá tratamiento TARGA en la institución.

No se han reportado casos de transmisión vertical sin embargo seguimos vigilantes y realizando un estrecho trabajo con la Estrategia de Prevención y Control del VIH en el INMP.

VIGILANCIA DE SIFILIS MATERNA

El objetivo institucional es reducir la Sífilis Congénita a <0,5 casos por 1,000 nacidos. Para lograr esto es necesario que más del 95% de las gestantes infectadas sean detectadas y tratadas, con lo cual se logrará reducir la prevalencia de sífilis durante la gestación a menos de 1,0%.

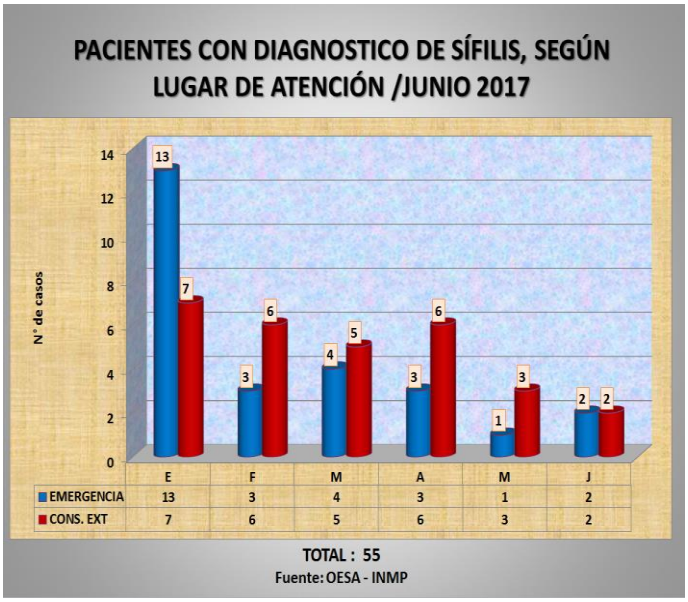


Gráfico 12. Gestante con Diagnóstico de Sífilis según Lugar de Atención – INMP 2017

Para el mes de junio, el número de casos de Sífilis materna reportados son 55, de los cuales 29 fueron diagnosticados durante el Control Prenatal y 26 casos en el servicio de Emergencia. Se observa una reducción en el número de casos a través de los meses evaluados.

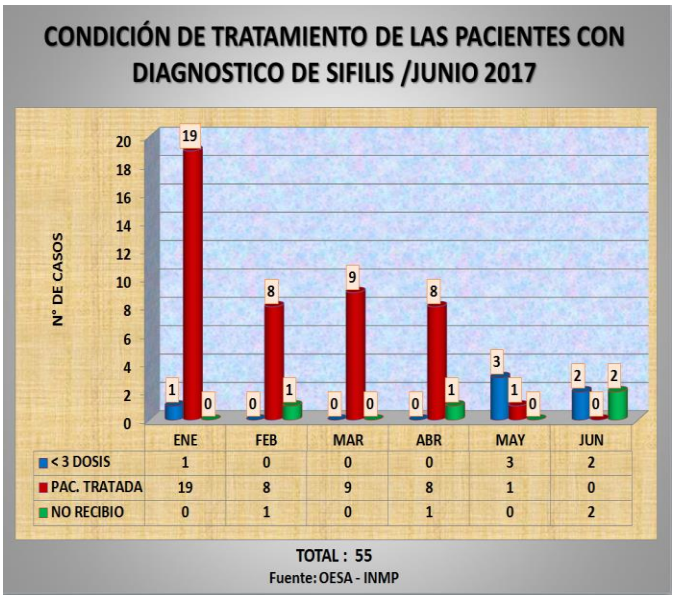


Gráfico 13. Condicion de tratamiento de las pacientes con diagnostico de sifilis – INMP 2017

En cuanto a la condición del tratamiento de las pacientes vemos que 45 fueron debidamente tratadas con las 3 dosis de Penicilina, 4 no recibieron ningún tratamiento y 6 tienen tratamiento incompleto quienes tendrán sus dosis completas para el mes de julio.

VIGILANCIA DE SIFILIS CONGENITA

La Sífilis Congénita es la prioridad para la Estrategia del INMP, por ello la notificación y manejo debe ser adecuado y oportuno.

Se notificaron 3 casos nuevos confirmados de Sífilis Congénita en el INMP para el mes de Junio, teniendo un acumulado de 19 casos.

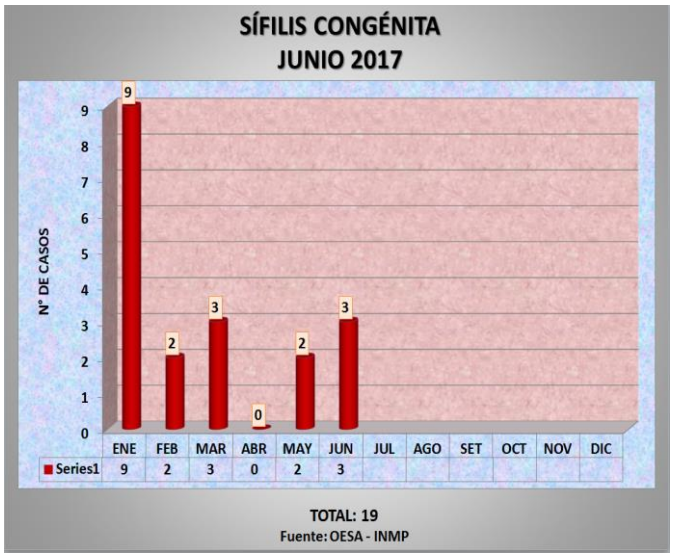


Gráfico 14. Número de Casos de Sífilis Congénita – INMP 2017

VIGILANCIA DE ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL

Se notificaron 954 casos nuevos de ETS en el INMP hasta el mes de junio, de los cuales fueron 931 casos de Flujo Vaginal, 20 casos de Condilomatosis vulvo-vaginal y 3 casos de molusco contagioso.

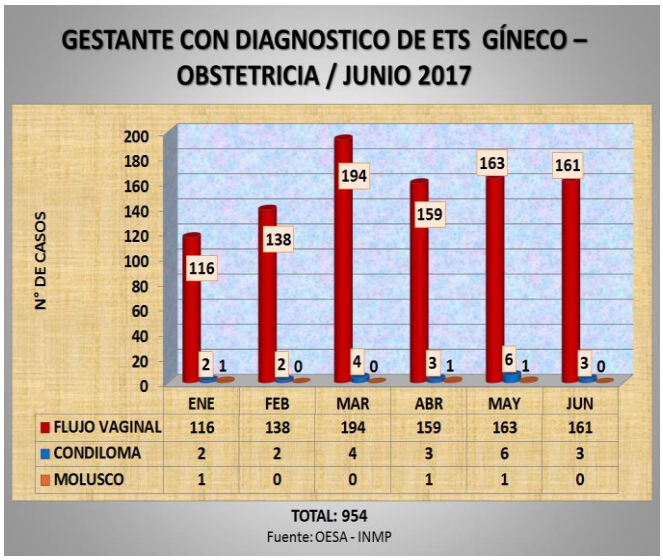


Gráfico 15. Número de Casos Enfermedades de Transimision Sexual – INMP 2017

VIGILANCIA DE CASOS DE TBC EN EL INMP

La Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de TBC en el INMP hace una destacada labor en el manejo de casos en gestantes, identificando los sintomáticos respiratorios y realizando la confirmación del caso para su manejo posterior, además de realizar consejerías y charlas educativas a los pacientes.
Para el mes de junio se ha reportado 1 caso de TBC en nuestros servicios de hospitalización y consultorios externos.

Casos de TBC – INMP 2017

INDICADORES OPERACIONALES	Meta Anual	Enero		Febrero		Marzo		Abril		Mayo		Junio	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
N° Sintomáticos Respiratorios Identificados	4027	348	7.7	398	9.8	355	8.8	340	8.4	322	7.9	342	8.9
N° Sintomáticos Respiratorios Examinados	4027	15	1.5	15	1.5	15	1.5	1.5	1.5	15	1.5	1.5	1.5
N° de casos de TBC Pulmonar (+)	Demanda	2		1		0		0		2		1	
N° de casos de TBC MDR	Demanda	0		0		0		0		0		0	
N° de casos de TBC extra pulmonar	Demanda	0		0		0		0		0		0	

Fuente: Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de TBC – INMP/OESA

Tabla 4. Número de Casos TBC – INMP 2017

VIGILANCIA DE CASOS DE HEPATITIS B

Se estima que hay 240 millones de personas que padecen infección crónica por el virus de la hepatitis B en el mundo y más de 686000 personas mueren cada año como consecuencia de la hepatitis B, incluido por cirrosis y cáncer hepático. Además, representa un importante riesgo laboral para los profesionales sanitarios y es prevenible con la vacuna actualmente disponible, que es segura y eficaz.
El año pasado (2016), se reportaron 6 casos de infección por Hepatitis B durante todo el año, para este mes de mayo del 2017 no, se han reportado casos, teniendo un acumulado de 5.

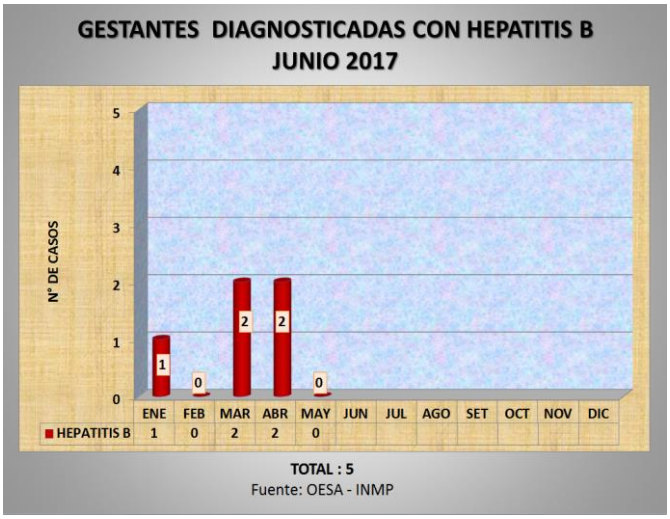


Gráfico 16. Número de Casos de Hepatitis B en Gestantes – INMP 2017

VIGILANCIA DE LA MORTALIDAD PERINATAL

Hasta el mes de junio (semana epidemiológica 26), el número de casos de muertes neonatales y óbitos fetales son como las que se observa en la siguiente tabla:

MUERTE PERINATAL SE 1 – 26 / INMP 2017	
Total de muertes neonatales	111
Muertes neonatales < 7 días	85
Total de óbitos fetales	95
Total de nacidos vivos	10838

Tabla 5. Número de Casos de Muerte Perinatal – INMP 2017

A continuación, se muestra las muertes perinatales por semana epidemiológica. Observamos que hasta el mes de junio se notificaron 111 muertes neonatales y 95 óbitos fetales. El total de nacidos vivos en el mes de mayo fue de 1569, sumando hasta ahora 10838 neonatos.

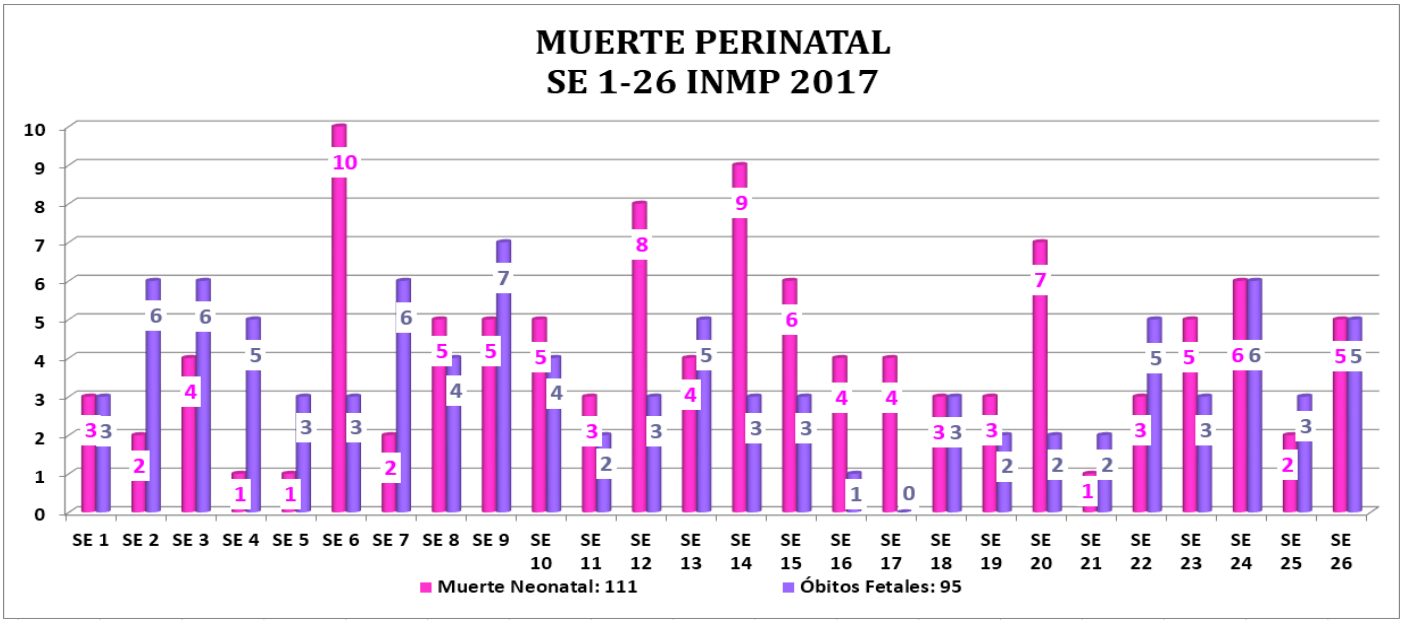


Grafico 17. Muertes Perinatales por Semana Epidemiológica (SE). INMP 2017

VIGILANCIA DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

En el acumulado de casos de Infecciones Respiratorias Agudas, para junio de este año (SE 1- 26) tenemos notificados 197 casos, observándose el pico más alto de toda la gráfica en la semana 13, con 15 casos. Debemos estar alertas para evitar complicaciones.

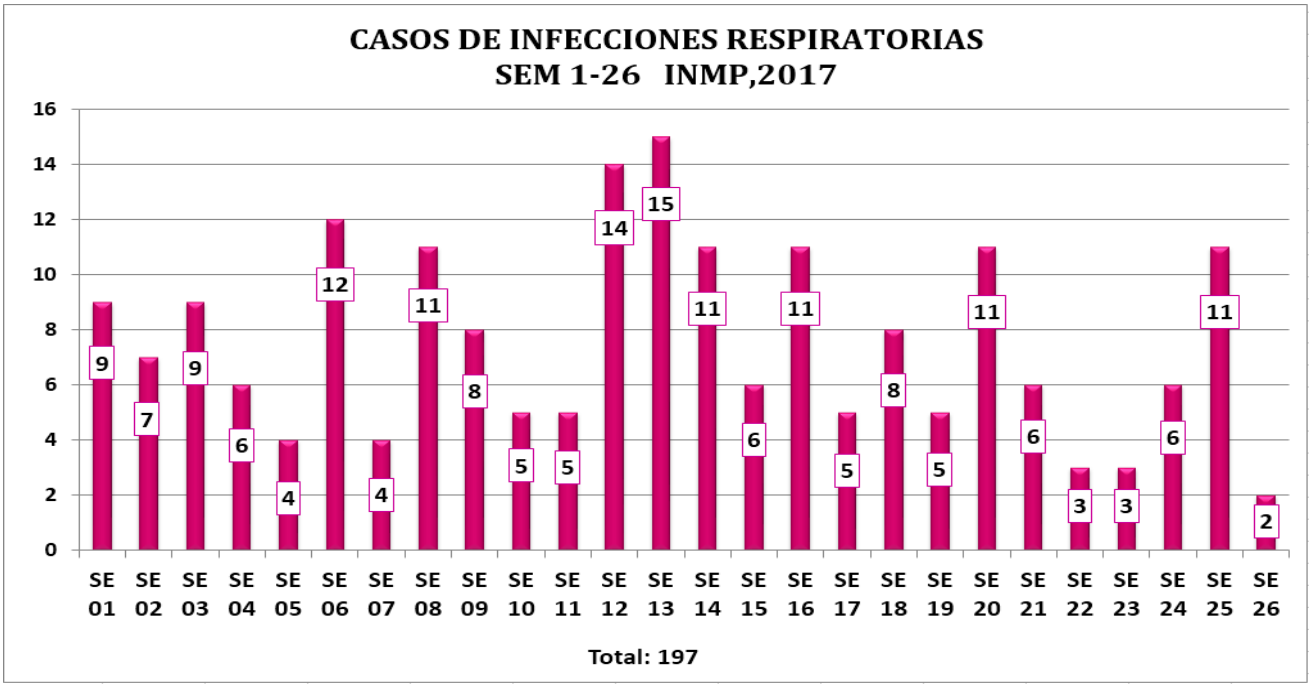


Gráfico 18: Número de casos de IRA por Semana Epidemiológica (SE). INMP 2017

El grupo etáreo que más casos de IRA presentó fue el de 2 a 11 meses (114 casos), seguido por el grupo de 1 a 4 años (64 casos) y finalmente los < de 2 meses (19 casos).

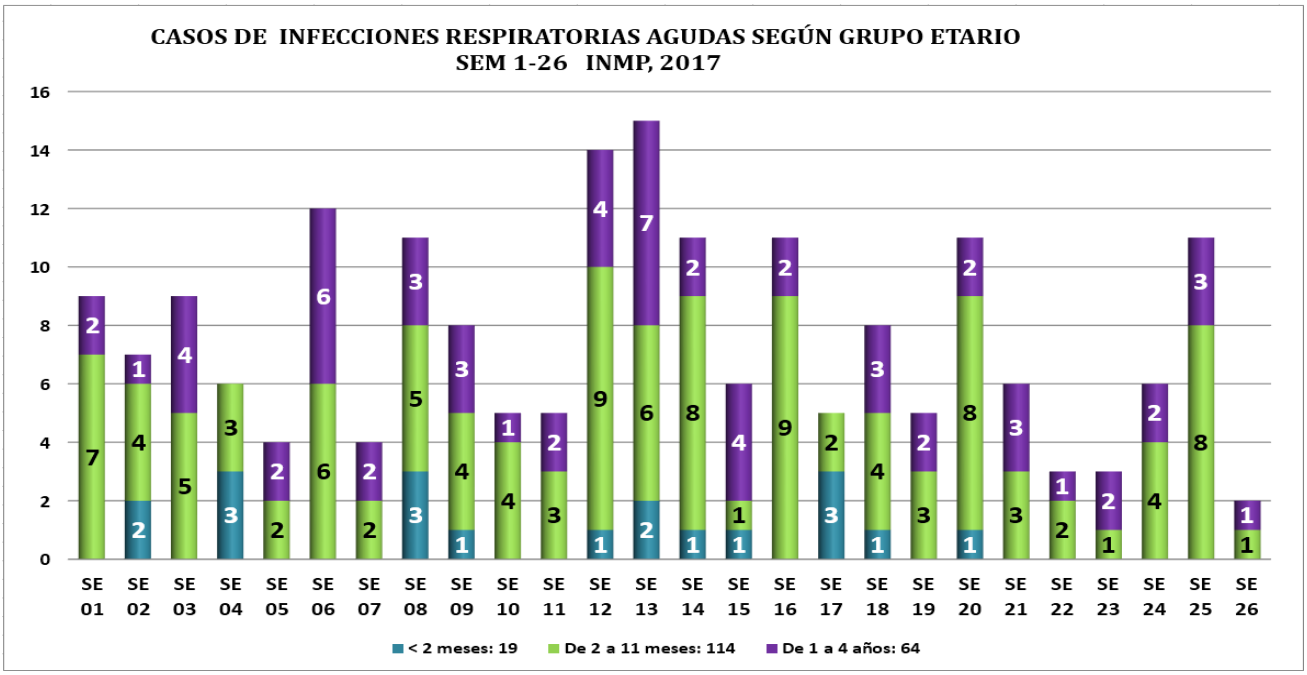


Gráfico 19. Número de Casos de IRA por Grupo Etáreo – INMP 2017

VIGILANCIA DE ENFERMEDAD DIARRÉICA AGUDA

Presentamos los casos de Enfermedad Diarreica Aguda. El total de casos presentados hasta la SE 26 son 72 casos. El grupo objetivo de mayor incidencia es el comprendido en la población de menores de 1 año, que representa el 58.3% (42 casos).

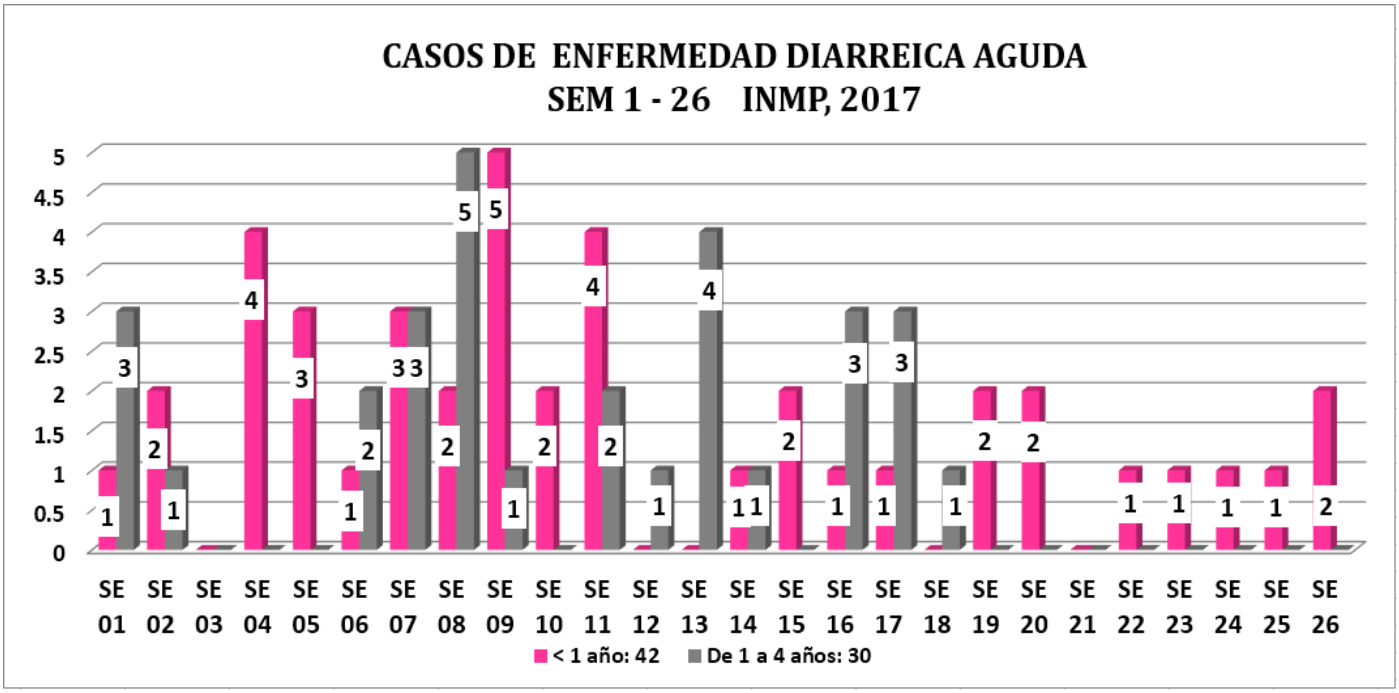


Gráfico 20. Número de Casos de EDA por Semana Epidemiológica (SE) – INMP 2017

VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE MICROCEFALIA

Desde este año, el INMP viene reportando casos de microcefalia detectados en la atención inmediata del recién nacido y evaluados por la médica Neuropediatra para la definición de caso.

Se han detectado en lo que va del año, 5 casos de microcefalia en total, ninguno de estos casos está relacionado a infección por Virus Zika.

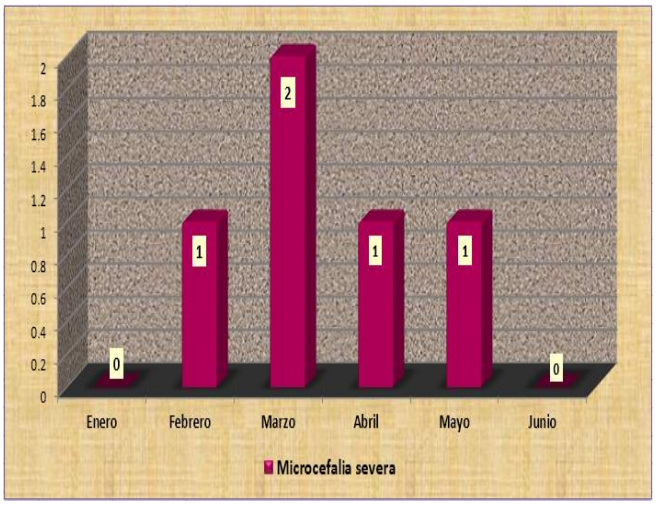


Gráfico 21. Número de Casos de Microcefalia – INMP 2017

VIGILANCIA DE ACCIDENTES LABORALES

Hasta el mes de junio se han reportado 21 casos de accidentes laborales, los cuales son manejados por la Unidad Funcional de Seguridad y Salud en el Trabajo.

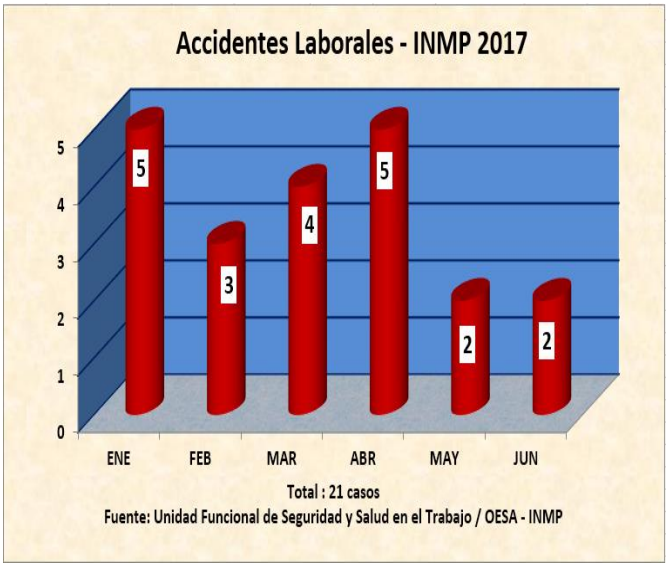


Gráfico 22. Número de Casos de Accidentes Laborales – INMP 2017

Según el tipo de lesión, hasta el mes de junio se han presentado 6 casos de pinchaduras, 9 casos de caídas, 2 casos de quemaduras, 2 casos de sobreesfuerzo, 1 caso salpicadura y 1 caso de corte.

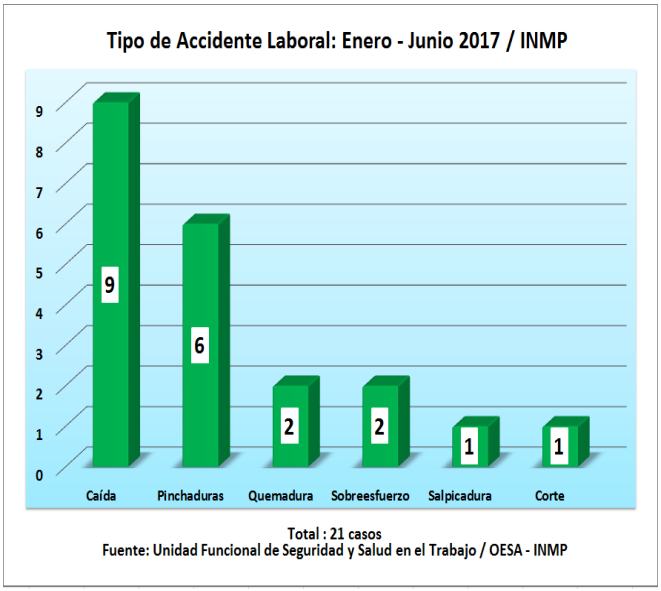


Gráfico 23. Número de Accidentes laborales según Tipo de Accidente – INMP 2017

En relación al grupo ocupacional que presentaron los accidentes tenemos: Profesionales 5 casos, personal del servicio de limpieza 5 casos, personal administrativo 6 casos, técnicos de enfermería 3 casos y estudiantes 2 casos.

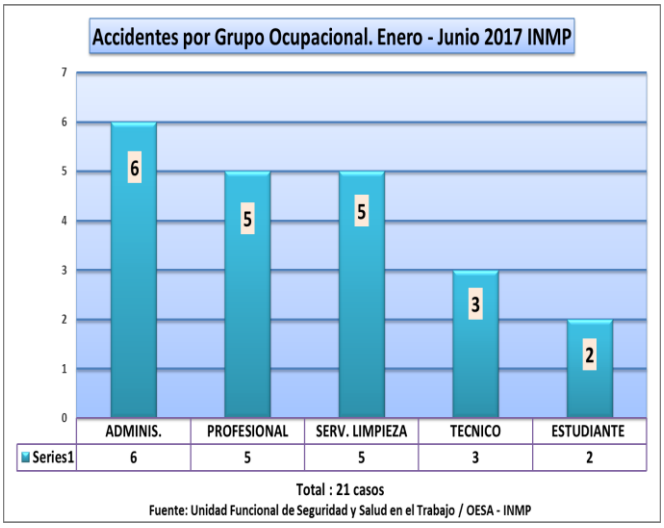


Gráfico 24. Número de Accidentes laborales según Grupo Ocupacional – INMP 2017

En relación al lugar donde ocurrieron los accidentes laborales, se reportaron 4 casos en Centro Quirúrgico, 5 en pasadizos y escaleras de la institución, 2 casos en Centro Obstétrico, 2 casos en Consultorios Externos, 2 casos en Oficinas Administrativas, 1 caso en UCIN, 1 caso en UCIM, 1 caso en Patología, 1 caso en almacén, 1 caso en Unidad de Emergencia y Desastres y 1 caso en Mantenimiento.

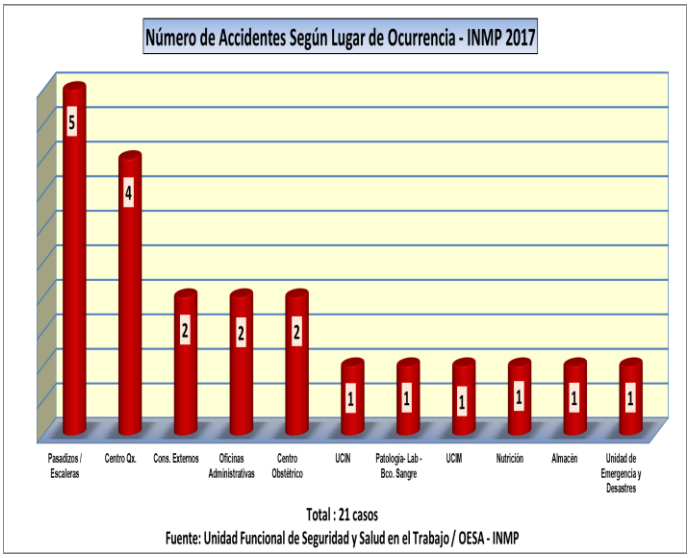


Gráfico 25. Número de Accidentes laborales según Lugar de Ocurrencia – INMP 2017

VIGILANCIA DE LA SEGREGACION DE RESIDUOS SÓLIDOS

Hasta el mes de junio se ha registrado un total de 22,051 kg entre residuos sólidos bio-contaminados y placentas. La cantidad de residuos comunes registrados fueron un total de 10,256 kg.

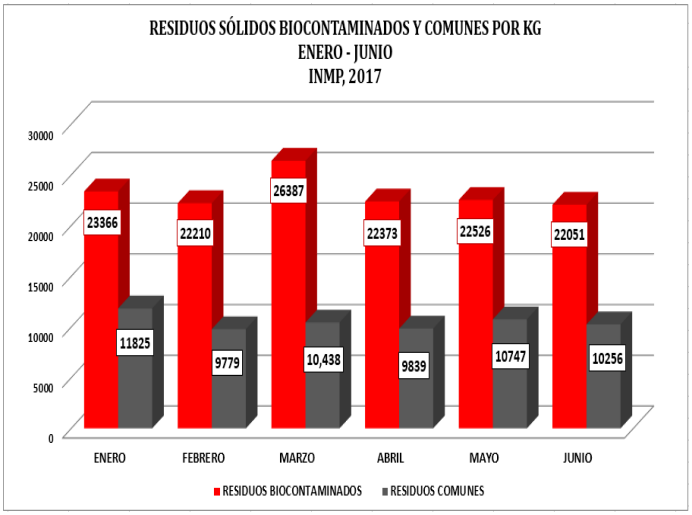


Gráfico 26. Cantidad (Kg) de Residuos Sólidos Comunes y Biocontaminados Eliminados por Meses – INMP 2017

VIGILANCIA DE LA CALIDAD DEL AGUA

Para el mes de junio observamos que, en todos los servicios y áreas, la cloración del agua y el pH es óptimo y se encuentra dentro del estándar adecuado (0.2 a 1.0 partes por millón de cloro y pH de 6.5 a 8.5).

Porcentaje del cloro residual en el agua, según servicio INMP, 2017

Servicio/Área	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN
	Cloro estándar: 0.2 - 1.00					
Panel 1 (Emergencia)	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
Puerta de Ingreso Vehículo	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
Panel 1 - Playa de Estacionamiento	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
C. Esterilización - Tanque Bidestilada	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6
Sala de Operaciones - Estación 5 y 6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6
Centro Obstetrico Consultorio 1	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6
Centro Obstetrico Consultorio 2	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6
Centro Obstetrico - SOP	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6
Ginecología - Cuarto de Hospitalización	0.6	0.6	0.6	0.6	0.1	0.1
Tanque de Laboratorio	0.3	0.1	0.1	0.6	0.6	0.6
Tanque Monoblock (Dura)	0.3	0.1	0.1	0.6	0.6	0.6
Tanque Monoblock (Blanda)	0.3	0.1	0.1	0.6	0.6	0.6
Tanque de Pediatria (caño)	0.6	0.1	0.1	0.6	1.0	1.0
Area de Lavado en cocina	0.6	0.1	0.1	0.6	1.0	1.0
Area de Picado en Cocina	0.6	0.1	0.1	0.1	1.0	1.0
Consultorio Externo (Vacunas)	0.6	0.1	0.1	0.1	1.0	1.0
Consultorio Externo (Preventiva)	0.6	0.1	0.1	0.1	1.0	1.0
Archivo de Estadistica (Ex - INO)	0.6	0.1	0.1	0.1	1.0	1.0
Cafeteria del Cuerpo Médico	0.6	0.6	0.6	0.6	1.0	1.0
EX - INO (caño)	0.6	0.1	0.1	0.1	1.0	1.0

Tabla 6. Porcentaje de Cloro Residual en el Abastecimiento de Agua por Servicio – INMP 2017

pH en el agua, según servicio INMP, 2017

Área/Tanque	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN
	Ph estandar: 6.5 - 8.5					
Panel 1 (Emergencia)	7.6	7.6	7.6	7.6	7.6	7.6
Puerta de Ingreso Vehículo	7.6	7.6	7.6	7.6	7.6	7.6
Panel 1 - Playa de Estacionamiento	7.6	7.6	7.6	7.6	7.6	7.6
C. Esterilización - Tanque Bidestilada	7.6	7.6	7.6	7.6	7.6	7.6
Sala de Operaciones - Estación 5 y 6	7.6	7.6	7.6	7.6	7.6	7.6
Centro Obstetrico Consultorio 1	7.6	7.6	7.6	7.6	7.6	7.6
Centro Obstetrico Consultorio 2	7.6	7.6	7.6	7.6	7.6	7.6
Centro Obstetrico - SOP	7.6	7.6	7.6	7.6	7.6	7.6
Ginecología - Cuarto de Hospitalización	7.6	7.6	7.6	7.6	7.6	7.6
Tanque de Laboratorio	7.6	7.6	7.6	7.6	7.6	7.6
Tanque Monoblock (Dura)	7.6	7.6	7.6	7.6	7.6	7.6
Tanque Monoblock (Blanda)	7.6	7.6	7.6	7.6	7.6	7.6
Tanque de Pediatria (caño)	7.6	7.6	7.6	7.6	7.6	7.6
Area de Lavado en cocina	7.6	7.6	7.6	7.6	7.6	7.6
Area de Picado en Cocina	7.6	7.6	7.6	7.6	7.6	7.6
Consultorio Externo (Vacunas)	7.6	7.6	7.6	7.6	7.6	7.6
Consultorio Externo (Preventiva)	7.6	7.6	7.6	7.6	7.6	7.6
Archivo de Estadistica (Ex - INO)	7.6	7.6	7.6	7.6	7.6	7.6
Cafeteria del Cuerpo Médico	7.6	7.6	7.6	7.6	7.6	7.6
EX - INO (caño)	7.6	7.6	7.6	7.6	7.6	7.6

Tabla 7. Medición de pH en el Abastecimiento de Agua por Servicio – INMP 2017