



# **ANALISIS DE LA SITUACION DE SALUD HOSPITAL SERGIO E. BERNALES**

**2006**

***RESPONSABLE : DRA. DINA BEDOYA ALVAREZ***

***JEFE DE LA OFICINA DE EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD AMBIENTAL***

Se entiende al Análisis de Situación de Salud (ASIS) como un concepto que define procesos analíticos y sintéticos desarrollados para caracterizar, medir y explicar el perfil de la salud enfermedad de la población demandante al Hospital incluyendo los daños y problemas de salud, así como sus determinantes.

El ASIS permite establecer una lógica de toma de decisiones basada en las evidencias que pueda aportar, el reto que se ha impuesto la Oficina de Epidemiología del Hospital Sergio E. Bernales es garantizar un ASIS que responda a las necesidades técnicas para la toma de decisiones.

El Análisis de la Situación de Salud del Hospital Sergio E. Bernales a través de la información de la Oficina de Epidemiología con el Apoyo informático de la Oficina de Estadística ha recopilado información intra-institucional efectuando el procesamiento y análisis pertinente con la finalidad de proporcionar una herramienta de trabajo disponible para ser utilizada.

Este documento presenta 3 componentes básicos :

El análisis de los factores condicionantes, de la morbimortalidad, y la vigilancia epidemiológica para presentar al final el análisis integral y conclusiones.

La Oficina de Epidemiología agradece a la Dirección General por su Apoyo y confianza durante la elaboración de este documento asimismo al personal de Epidemiología encargada de la Digitación y elaboración de las Tablas estadísticas y a la Oficina de Estadística por la información de los Indicadores Hospitalarios.

## **RESEÑA HISTORICA DEL HOSPITAL**

El 31 de Mayo de 1939, durante el Gobierno del mariscal Oscar R. Benavides, mediante el Decreto Supremo N° 749, se ordenó la construcción de un establecimiento anexo, dedicado de modo especial y exclusivo para la asistencia de los enfermos de tuberculosis en la población infantil de menores recursos.

Para este fin, en un noble gesto altruista, la familia Alvarez Calderón cedió un terreno de 41749 metros cuadrados, ubicado en el Valle del Río Chillón al norte de Lima. Gracias a esto, el 15 de Agosto de 1940, por Resolución Ministerial N° 860, el nuevo establecimiento de Salud abrió sus puertas al público, bajo la administración de la comunidad religiosa de las Hermanas “Carmelitas”, con el nombre de Preventorio incrementó su infraestructura física y administrativa, creándose los servicios de lavandería, cocina, servicios generales, almacenes, planta de tratamiento de agua y calderos.

Conjuntamente con esto, se dieron invaluable iniciativas y mejoras en el campo de la investigación científica y la organización hospitalaria, lo que motivó una creciente demanda de la comunidad y la mayor captación de pacientes, interesados por el diagnóstico precoz de la tuberculosis; todo esto hizo posible el aumento del N° de camas, por lo que mediante la Resolución Ministerial del 06 de mayo de 1959, el Preventorio se convirtió en el **SANATORIO DE COLLIQUE**, con una capacidad de 300 camas, equipándose convenientemente para el tratamiento de enfermedades respiratorias.

Para el año 1966, el ritmo de crecimiento y desarrollo de la institución no se detenía. La creciente demanda permitió que se adopte un nuevo nivel, pasando a llamarse HOSPITAL INFANTIL DE COLLIQUE, entidad hospitalaria modelo, desde donde se operaron nuevos métodos en materia de lucha contra la tuberculosis.

El Hospital Infantil de Collique, comenzó a brillar con luz propia, sin embargo, aún carecía de un centro quirúrgico, dependiendo del Hospital Bravo Chico para complementar el tratamiento del niño tuberculoso.

Durante 1970, como parte del proceso de transformaciones que vivía el país, el Hospital Infantil de Collique, dio los pasos necesarios para constituirse en un HOSPITAL GENERAL, pasando a ser el Hospital Base N° 09.

Años más tarde, en 1982, toma el nombre de HOSPITAL SERGIO E. BERNALES, en memoria de tan destacado maestro y científico de la carrera médica peruana, a

iniciativa del Cuerpo Médico del Hospital, durante la gestión Ministerial del Dr. Uriel García.

A la fecha el HNSEB atiende a la demanda poblacional del Cono norte de Lima en sus múltiples problemas y necesidades de salud.

## **1. CONDICIONANTES DE LA SITUACIÓN DE SALUD**

### **1.1 UBICACIÓN DEL HOSPITAL**

Región : Lima  
Departamento : Lima  
Provincia : Lima  
Distrito : Comas  
Dirección : Av. Tupac Amaru Km. 14.5 s/n

### **1.2 LIMITES DEL HOSPITAL**

Este : Comas  
Oeste : Canta  
Norte : Collique  
Sur : Puente Piedra

### **1.3 DESCRIPCION DEL HOSPITAL**

Nombre : Hospital Nacional “Sergio E. Bernales”  
Ubicación : Av. Tupac Amaru Km. 14.5 – Comas  
Inscripción : Decreto Supremo N° 749 del 31 de Mayo de 1939  
Area Terreno Inicial: 606,285.52 m<sup>2</sup>  
Area Techada : 14,346.15 m<sup>2</sup>  
Sótano : 88.50 m<sup>2</sup>  
Primer Piso : 13,590.90 m<sup>2</sup>  
Segundo Piso : 666.75 m<sup>2</sup>  
Area entre Construcciones: 8,358.90 m<sup>2</sup>  
Area Libre : 578,100.47 m<sup>2</sup>  
Perímetro : Por el frente : Av. Tupac Amaru 405.50 mtl.  
Lateral derecho: 881 mtl  
Lateral izquierdo: 486.41 mtl  
Por el fondo : 134.50 mtl.

#### **1.4 ACCESO FISICO**

- Puerta N° 1: Acceso principal, con rejas de metal, acceso para personas y vehículos.
- Puerta N° 2 : Acceso a Emergencia, con rejas de metal, acceso para personas y vehículos.

#### **1.5 CLIMA**

El clima es variado, templado, húmedo y con alta nubosidad en el invierno en la zona costera, donde las precipitaciones son escasas y se producen generalmente en forma de "garúas" o "lloviznas", En la zona andina, el clima varía desde el templado-cálido de los valles profundos,

#### **1.6 ESTRUCTURA ORGANICA DEL HOSPITAL SERGIO E. BERNALES:**

##### **DIRECCIÓN GENERAL**

##### **ORGANOS DE APOYO**

##### **a) Organismo de Control Institucional:**

- Oficina de Control Institucional

##### **b) Oficina Ejecutiva de Administración**

- Oficina de Personal
- Oficina de Logística
- Oficina de Economía
- Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento

##### **c) Oficina de Comunicaciones**

##### **d) Oficina de Estadística e Informática**

##### **e) Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación**

##### **f) Oficina de Seguros**

##### **ORGANOS DE ASESORÍA**

##### **a) Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico**

##### **b) Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental**

##### **c) Oficina de Asesoría Jurídica.**

##### **d) Oficina de Gestión de la Calidad**

##### **ORGANOS DE LINEA**

##### **a) Departamento de Medicina**

- a. Servicio de Medicina Interna

- b. Servicio de Neuropsiquiatría y geriatría
- c. Servicio de Infectología y Dermatología
- d. Servicio de Gastroenterología
- e. Servicio de Neumología
- f. Servicio de otras especialidades médicas
- b) Departamento de Cirugía**
  - a. Servicio de Cirugía General
  - b. Servicio de Cirugía especializada I
  - c. Servicio de Cirugía especializada II
  - d. Servicio de Ortopedia y Traumatología
  - e. Servicio de Neurocirugía
  - f. Servicio de Cirugía Pediátrica
- c) Departamento de Gineco-Obstetricia**
  - a. Servicio de Ginecología
  - b. Servicio de Obstetricia
  - c. Servicio de alto riesgo Gineco-obstetrico
- d) Departamento de Pediatría**
  - a. Servicio de Pediatría General
  - b. Servicio de Pediatría especializada
  - c. Servicio de Neonatología
- e) Departamento de Odontología**
- f) Departamento de consulta externa y hospitalización**
  - a. Servicio de Consulta Externa
  - b. Servicio de Hospitalización
- g) Servicio de Emergencia y Cuidados Críticos**
  - a. Servicio de Emergencia
  - b. Servicio de Cuidados Intensivos
- h) Departamento de Medicina de Rehabilitación**
- i) Departamento de Enfermería**
  - a. Servicio de Enfermería de atención de consulta externa
  - b. Servicio de Enfermería de Cuidados Críticos
  - c. Servicio de Enfermería de Hospitalización
  - d. Servicio de Enfermería centro quirúrgico y central de esterilización
- j) Departamento de anestesiología y Centro Quirúrgico**
  - a. Servicio de Centro Quirúrgico

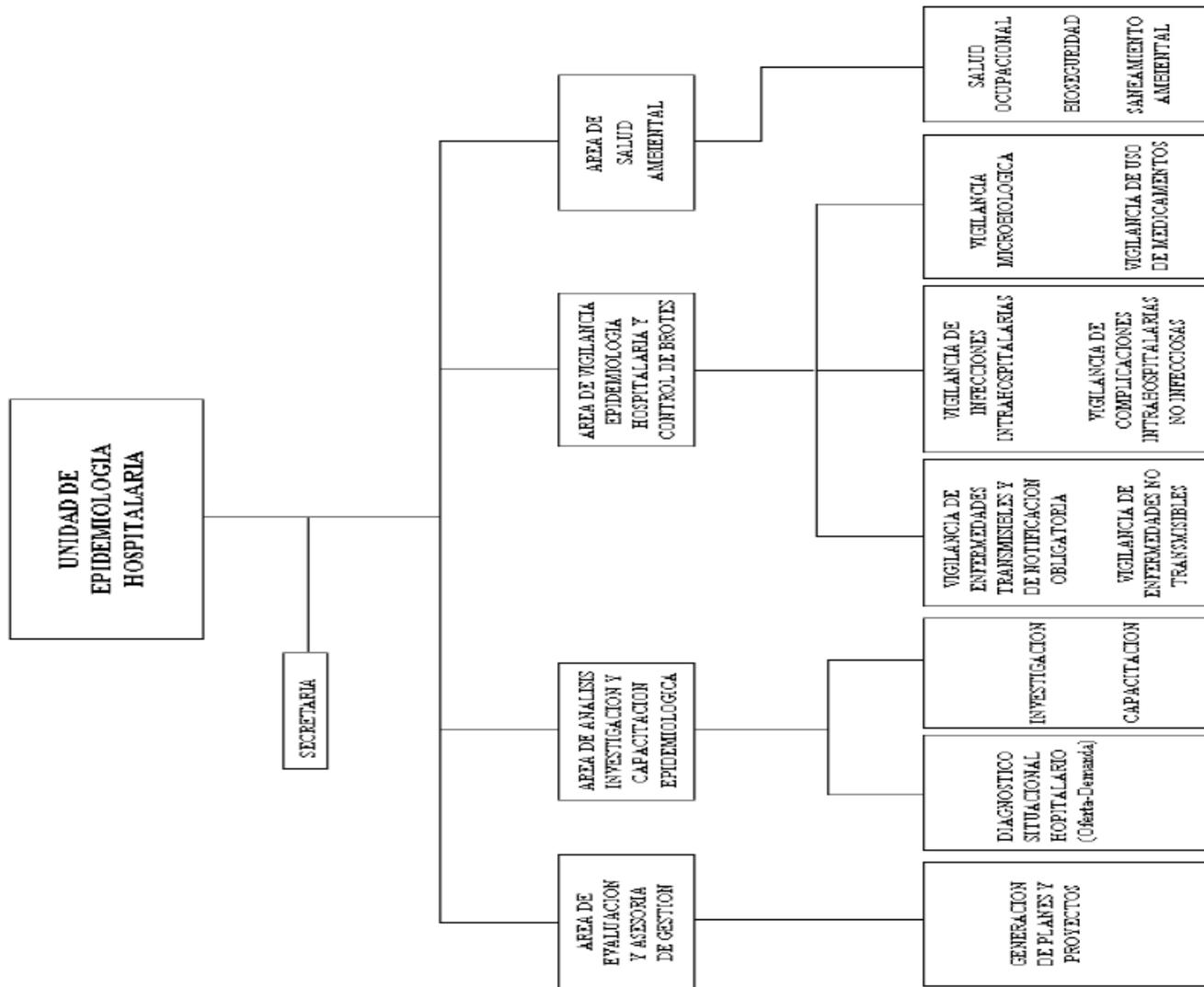
- b. Servicio de Recuperación
- k) Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica**
  - a. Servicio de Patología Clínica
  - b. Servicio de Anatomía Patológica
  - c. Servicio de Banco de Sangre
- l) Departamento de Diagnóstico por Imágenes**
  - a. Servicio de Radio-Diagnóstico
  - b. Servicio de ultrasonido
- m) Departamento de Nutrición y Dietética**
- n) Departamento de Psicología**
- o) Departamento de Farmacia**
- p) Departamento de Servicio Social**



### UBICACIÓN GEOGRAFICA

PROVINCIA : Lima  
DEPARTAMENTO : Lima  
DISTRITO : Comas





## UBICACIÓN GEOGRAFICA

### *DISTRITOS:*

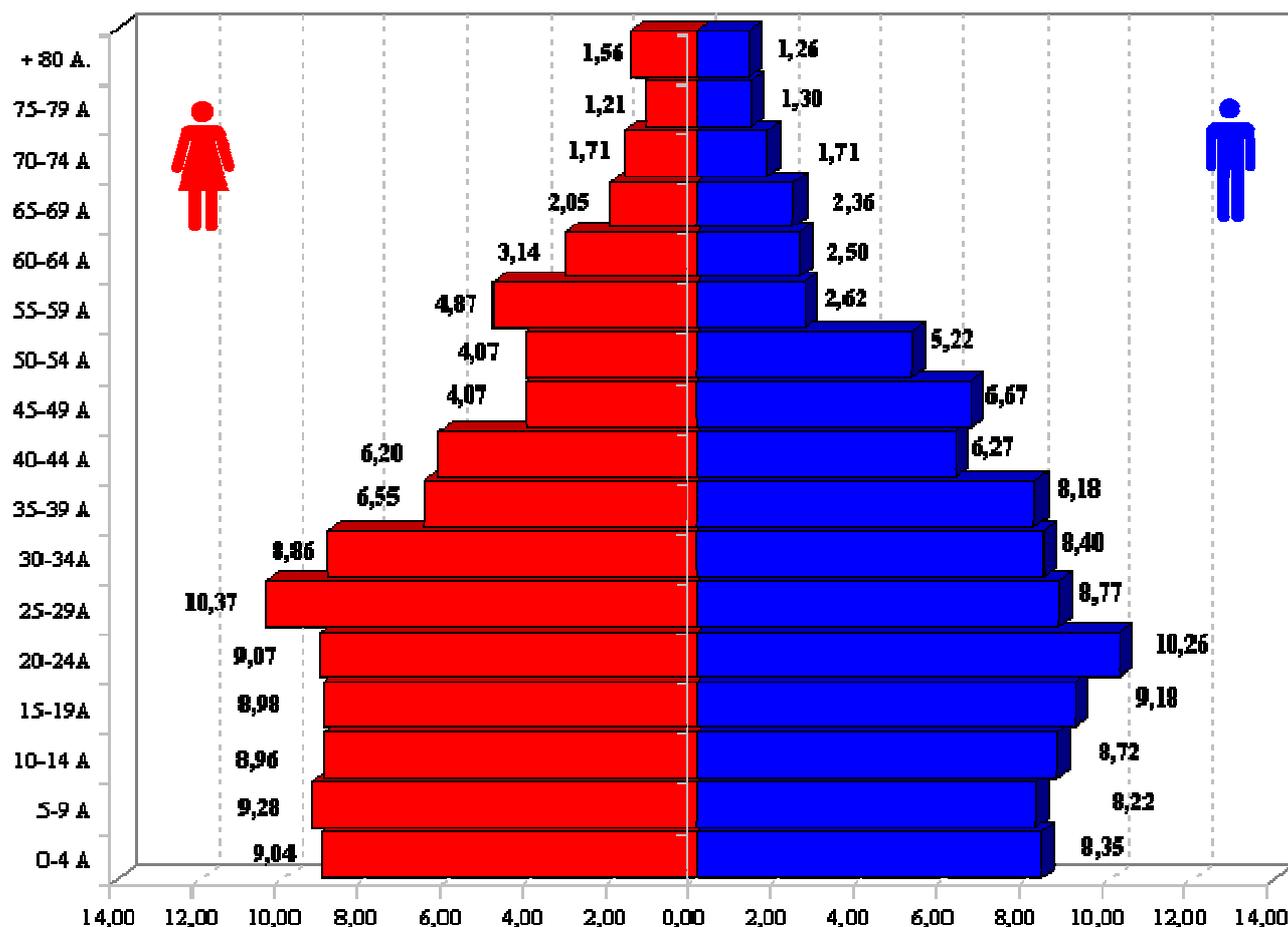
**HOSPITAL  
SERGIO E. BERNALES**



## ESTRUCTURA POR EDAD

El crecimiento de la población esta asociada con la distribución por edad, debido a que el comportamiento de los componentes demográficos varia según edad de la personas. A su vez es importante conocer la estructura de la población por edad ya que muchas de las actividades que realizan las personas están en función a la edad.

### Piramide Poblacional - Año 2007



La esperanza de vida al nacer para el año 2005 , fue de 71.2 años, al año 2007 esta cifra se ha elevado ligeramente.

En promedio este indicador es 5 veces mayor para las mujeres en relación a los varones.

Todas las regiones aumentaron su esperanza de vida en los últimos 30 años.

Durante los últimos años el Perú ha presentado cambios en sus indicadores demográficos lo que ha determinado que se intensifique en

diferentes grados el proceso de transición demográfica al interior del país.

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR EDAD Y SEXO**

Grupo Etareo	Población	Mujeres			Hombre		
	Total	N°	(%) x G.E.	(%) x Sexo	N°	(%) x G.E.	(%) x Sexo
	482.391	249.990	51,82%	100,00%	232.401	48,18%	100,00%
<b>0-4 A</b>	42.020	22.607	53,80%	9,04%	19.413	46,20%	8,35%
<b>5-9 A</b>	42.293	23.193	54,84%	9,28%	19.100	45,16%	8,22%
<b>10-14 A</b>	42.677	22.405	52,50%	8,96%	20.272	47,50%	8,72%
<b>15-19A</b>	43.774	22.447	51,28%	8,98%	21.327	48,72%	9,18%
<b>20-24A</b>	46.513	22.675	48,75%	9,07%	23.838	51,25%	10,26%
<b>25-29A</b>	46.308	25.919	55,97%	10,37%	20.389	44,03%	8,77%
<b>30-34A</b>	41.688	22.157	53,15%	8,86%	19.531	46,85%	8,40%
<b>35-39 A</b>	35.380	16.381	46,30%	6,55%	18.999	53,70%	8,18%
<b>40-44 A</b>	30.073	15.494	51,52%	6,20%	14.579	48,48%	6,27%
<b>45-49 A</b>	25.676	10.183	39,66%	4,07%	15.493	60,34%	6,67%
<b>50-54 A</b>	22.312	10.177	45,61%	4,07%	12.135	54,39%	5,22%
<b>55-59 A</b>	18.263	12.176	66,67%	4,87%	6.087	33,33%	2,62%
<b>60-64 A</b>	13.676	7.857	57,45%	3,14%	5.819	42,55%	2,50%
<b>65-69 A</b>	10.627	5.137	48,34%	2,05%	5.490	51,66%	2,36%
<b>70-74 A</b>	8.245	4.263	51,70%	1,71%	3.982	48,30%	1,71%
<b>75-79 A</b>	6.053	3.026	49,99%	1,21%	3.027	50,01%	1,30%
<b>+ 80 A.</b>	6.813	3.893	57,14%	1,56%	2.920	42,86%	1,26%

**M.E.F (15-49)**

: 136.281

**Nacimientos**

: 8.538

**Gestantes :**

10.311

**PEA :**

309.987

La distribución de la población por sexo tiene un porcentaje similar principalmente en los grupos etáreos de adolescentes, jóvenes y adultos jóvenes, el 55.97% de la población es de sexo femenino y el 44.03 son de sexo masculino por la mejor oferta de desarrollo y concentración de servicios públicos, para sociedades como la nuestra que es eminentemente centralista.

## **CARACTERISTICAS SOCIALES Y ECONOMICAS**

### **POBREZA**

La Jurisdicción de Comas y Carabayllo tiene estratos de pobreza según el mapa de pobreza del fondo nacional de Compensación y Desarrollo Social – FONCODES, pone en evidencia que la población mas pobre se concentra en la región marginal de Carabayllo.

Existen tres factores que se encuentran estrechamente ligados: Pobreza, Educación y Salud. Hay una estrecha relación entre los indicadores de salud y pobreza, ya que algunos problemas sanitarios están muy ligados a los niveles de escasez. Así como las enfermedades respiratorias que es la primera causa de muerte en nuestra jurisdicción, muerte materna entre otras.

### **DISTRITO COMAS-AREAS MARGINALES-COLLIQUE**



**COMAS**



### **CARABAYLLO-CHOCAS**



### **PUNCHAUCA**



### **AVENIDA EN CARABAYLLO**



## **CEMENTERIO**



## **AVENIDA DE CARABAYLLO**



## **SERVICIOS BASICOS**

El proceso de urbanidad ha producido que un número creciente de personas tenga mayor acceso a servicios básicos de agua potable, alcantarillado, salud y educación, lo que ha contribuido con la mejora de las condiciones de vida.

Sin embargo por la migración hacia las grandes ciudades determina gran parte de estos servicios no cuentan aun con la cobertura aceptable.

## **ELECTRICIDAD**

El acceso al servicio de energía eléctrica se ha incrementado considerablemente en estos últimos años. Este incremento fue más notorio en las zonas urbano-marginales.

Debido a la habilitación de nuevas viviendas y a las labores de electrificación de ciertos distritos que antes no contaban con este servicio.

## **AGUA POTABLE**

La carencia de este servicio es uno de los principales factores que facilitan la transmisión de enfermedades infecciosas que afectan de manera frecuente al grupo humano con menos recursos y la población infantil. En Lima, 18 de su población no cuentan con agua potable.

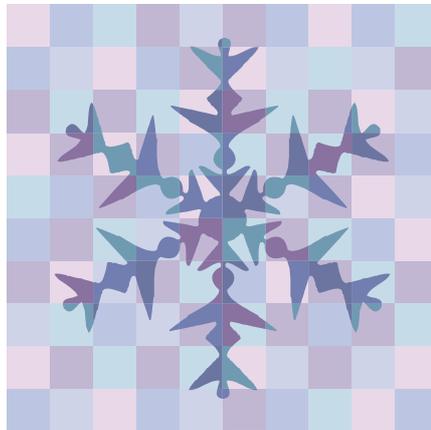
## **SITUACION DE LA EDUCACION**

La calidad de la educación y el número de horas de clase efectiva dictadas especialmente en las zonas urbanomarginales , continúan siendo un problema grave debido a que no se ha logrado incrementar el presupuesto asignado a la educación en forma coherente con el crecimiento del PBI, lo que determina en una inversión educativa en el Perú.

### **Colegio en Carabaylo donde acuden niños con Discapacidad**



# PROCESO SALUD - ENFERMEDAD



## ANALISIS DE MORBILIDAD DE CONSULTA EXTERNA

Cuando se realiza la evaluación de la Morbilidad hospitalaria de manera comparativa entre el año 2005 y el 2006, evidenciamos que las 10 primeras causas, nos muestran una tendencia importante de cambio, mostrando solamente una variación en la posición de algunas enfermedades y la aparición de nuevas causas que las describiremos en el análisis.

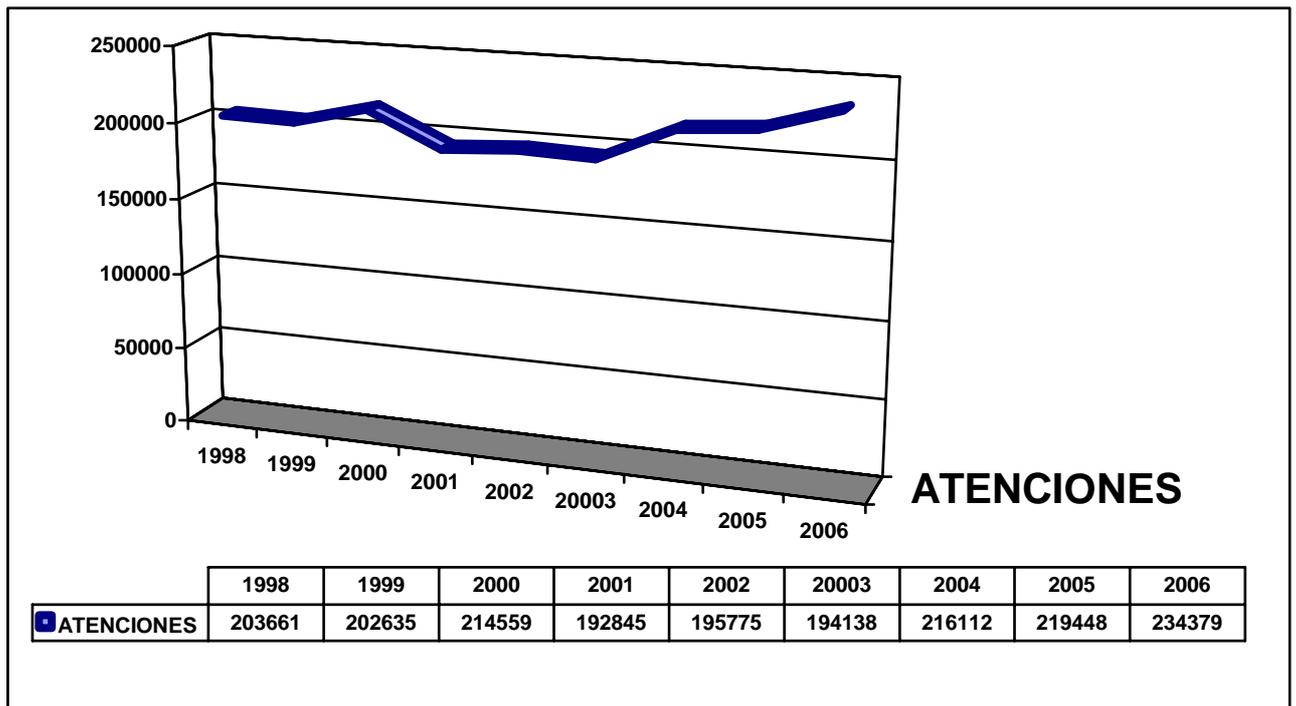
Para tratar de conocer y entender que problemas de salud subsisten en la comunidad, y las causas asociadas, debemos conocer el perfil epidemiológico, es decir analizar la estructura de la morbilidad en estudio, en segundo lugar, cuales son los factores de riesgo para las diferentes enfermedades a que estén expuestos.

Por esta razón estamos tomando como punto de análisis las diez primeras causas de morbilidad y mortalidad de Emergencia, y Consulta externa, comparativo con el año anterior, por grupos de edad y sexo.

## ANALISIS DE ATENCIONES EN CONSULTA EXTERNA AÑOS 1998 – 2006

Las atenciones en consulta externa durante los años anteriores han variado en porcentajes mínimos, incrementándose en un 15.08 % para el año 2006 (234,379 atenciones) en comparación de años anteriores.

La mayor cantidad de atenciones durante el año 2006 lo representa el sexo femenino con el 56.62% y el sexo masculino con 43.38%.



El grupo etáreo que ha demandado mayor atención es el de 20 a 49 años con 35.11 % (42,105 ), seguido del grupo de edad de 50 a 64 años con 15.12 (18,012), seguido del grupo de edad de 65 años a más con 14.10 (16,801). Los demás grupos de edad representan el 35.41%, de < 1 año a 19 años.

Las diez primeras causas de atención durante el año 2006, representan el 40.79 % (95,626 ) del total de atenciones, en comparación con el año 2005 que fue de 46.71 % (102,518 ) del total de atenciones.

Las Enfermedades del Sistema Respiratorio ocupan la primera causa de atención en consulta externa, con un 16.6 % (19,822) con un ligero incremento en comparación con el 2005 en el que se obtuvo 15.2 % (19,505), que ocupó también el primer lugar, esto nos demuestra que en el últimos 15 años se han producido cambios sociales, culturales, económicos y demográficos que esta modificando el perfil de la salud de la población sobre todo por la migración. Sabemos que el Cono Norte es considerado con alta densidad poblacional donde se observa tugurización, con sus asentamiento humanos tienen los factores de riesgo similares, por otro lado considerado con alto grado de contaminación es factor de riesgo que condiciona el constante incremento de estas, a nivel de Lima Metropolitana las Infecciones Respiratorias ocuparon el 9.43%.

La disminución de la TASA general de mortalidad y mortalidad infantil así como la mejora de la expectativa de vida al nacer lo que ha derivado en el envejecimiento de la población esto por un lado y por el otro un incremento en la incidencia y Prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles, con la adopción de los cambios de estilo de vida poco saludables, (hábitos alimenticios, sedentarismo, tabaquismo), sin embargo en mucho de los países en desarrollo, las actividades aún están orientadas a actividades de control y prevención de enfermedades infecciosas.

Como segunda causa tenemos las enfermedades del sistema genito-urinario, con un 12.9 %, (15341), en relación al año 2005 en la que esta patología ocupó el tercer lugar con 11.6% (14,836) del total de atenciones.

Las enfermedades del Sistema Digestivo ocupan un tercer lugar con 9.9 %, (11,757), cifra significativa teniendo en cuenta que el grupo etáreo más afectado es la edad de 20 a 49 años (PEA).

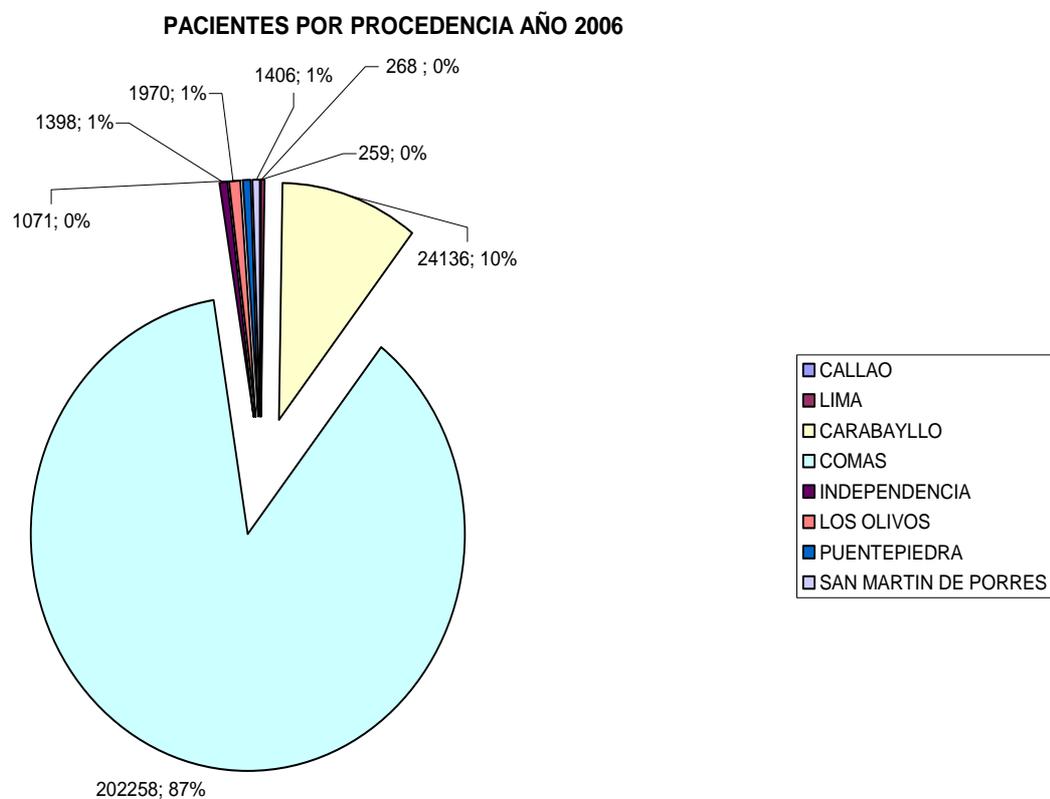
Otro factor no mencionado es el estado emocional deteriorado y no controlado por ninguna institución .

Para este año el episodio depresivo y que conlleva a tomar decisiones como envenenamientos por cuenta propia están en cuarto lugar con 8.0 % (9,573) del total de atenciones. En quinto lugar llama la atención las enfermedades del sistema osteomuscular con un 7.2 % (8,568).

Las siguientes causas como enfermedades infecciosas y parasitarias ocupaban en el 2005 el 2do. lugar y durante el año 2006 ocupan el 6to. lugar.

En conclusión es importante y se nos plantea potenciar los consultorios de reumatología, y psiquiatría .

Podemos mencionar que la demanda se incrementaría mediante la mejora de la infraestructura actual, así mismo es importante la inversión en equipos e instrumental para el resto de servicios identificados, que por su mayor demanda la recuperación económica es rápida y por ende el beneficio para el usuario más necesitado.



La mayoría de los pacientes proceden del Distrito de Comas seguido por Carabayllo

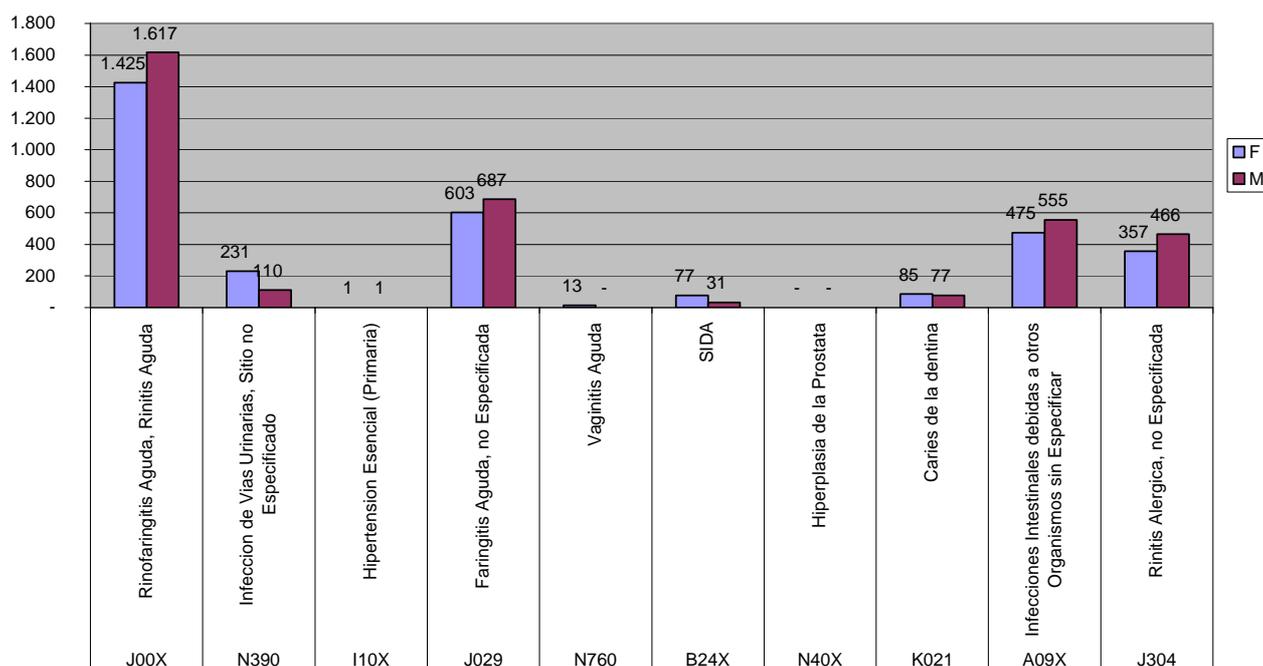
DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD  
AÑO 2005

Nº	DESCRIPCION	TOTAL	%
1	ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO	19505	15.2
2	CIERTAS ENF. INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	16809	13.1
3	ENF. DEL SISTEMA GENITO URINARIO	14836	11.6
4	ENF. DEL APARATO DIGESTIVO	12391	9.7
5	TRAUMATISMOS Y ENVENENAMIENTOS	10070	7.9
6	ENF. DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR DEL TEJIDO	7052	5.5
7	ENF. ENDOCRINAS NUTRICIONALES Y METEBOLICAS	5774	4.5
8	ENF. DEL SISTEMA CIRCULATORIO	5660	4.4
9	ENF. DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO	5324	4.2
10	ENF. DEL OJO Y DE SUS ANEXOS	5097	4.0
	TODOS LOS DEMAS DAÑOS	25505	19.9
	TOTAL	128023	100

DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD  
AÑO 2006

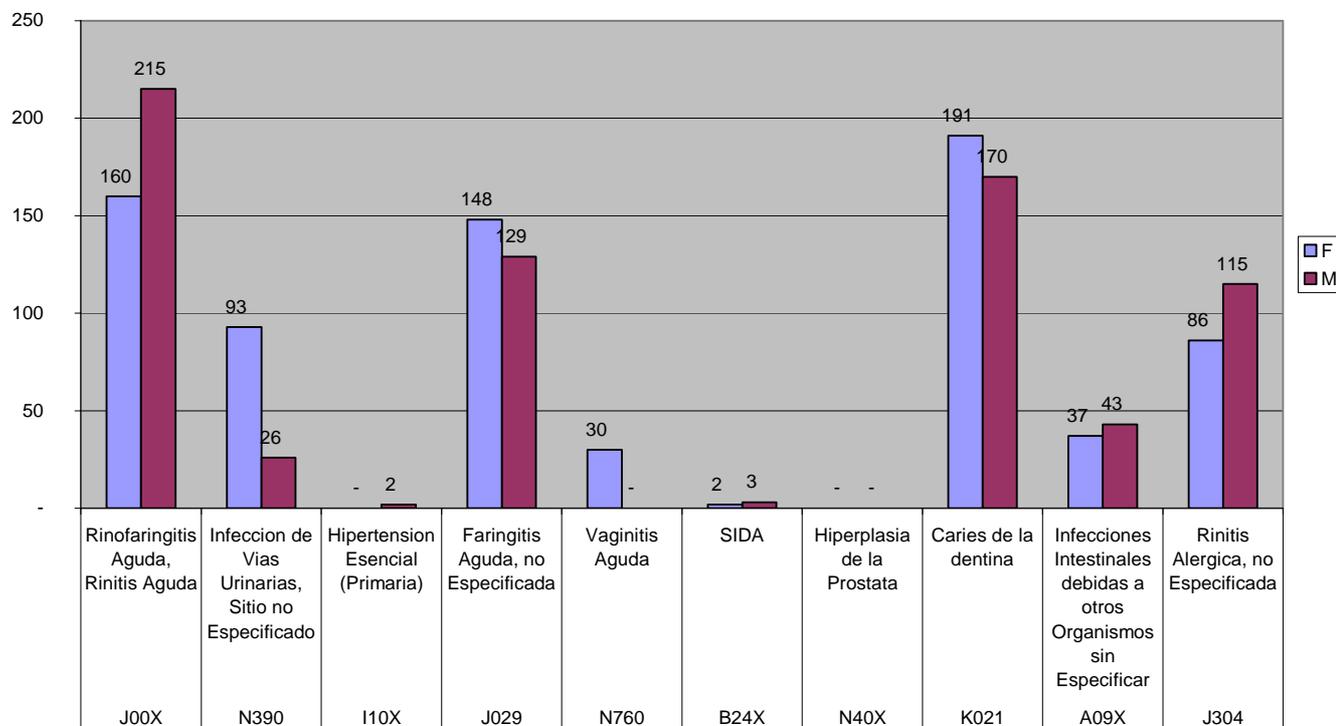
Nº	DESCRIPCION	TOTAL	%
1	ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	19822	16.6
2	ENF. DEL SISTEMA GENITO URINARIO	15341	12.9
3	ENF. DEL SISTEMA DIGESTIVO	11757	9.9
4	TRAUMATISMOS Y ENVENENAMIENTOS	9873	8.0
5	ENF. DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR	8568	7.2
6	ENF. INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	8508	7.1
7	ENF. DE OJO Y DE SUS ANEXOS	5968	5.0
8	ENF. DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO	5647	4.7
9	ENF. DEL SISTEMA CIRCULATORIO	5440	4.6
10	ENF. ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABOLICAS	5002	4.2
	TODOS LOS DEMAS DAÑOS	23463	19.8
	TOTAL	119089	100

10 Primeros daños en edad de 0-4 años por sexo  
2006



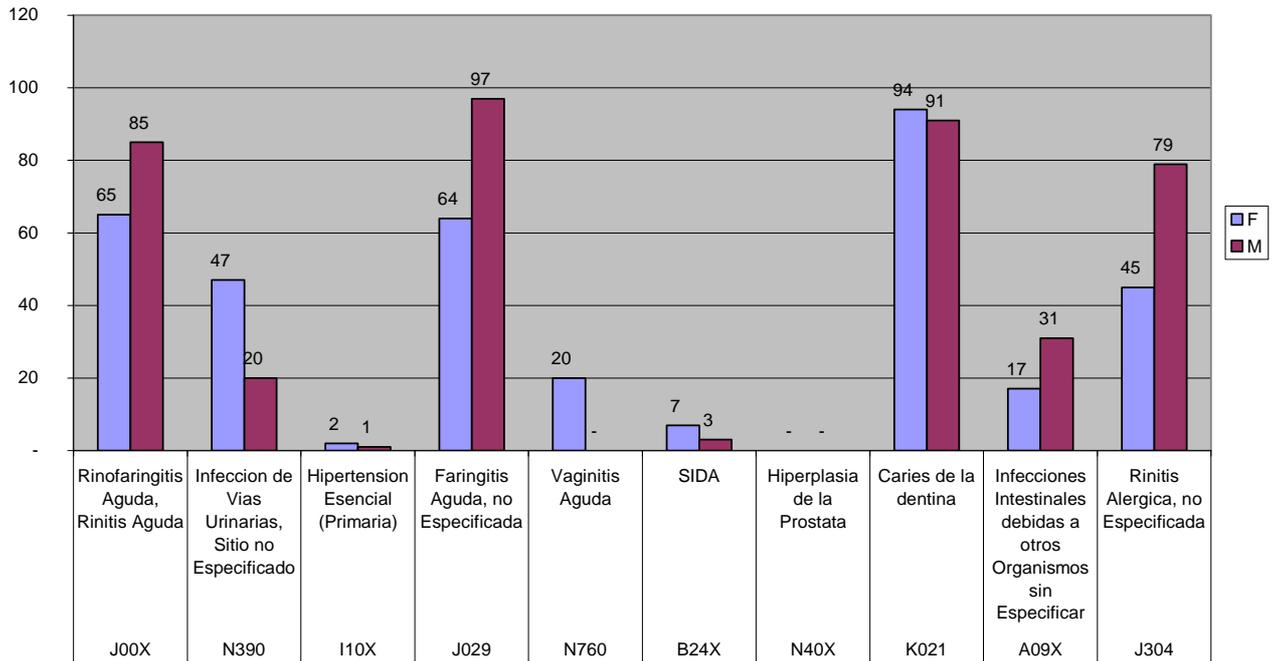
En este grupo etareo la primera causa de morbilidad es Rinofaringitis aguda predominando en el Sexo Masculino.

10 PRIMEROS DAÑOS 5-9 AÑOS AÑO 2006



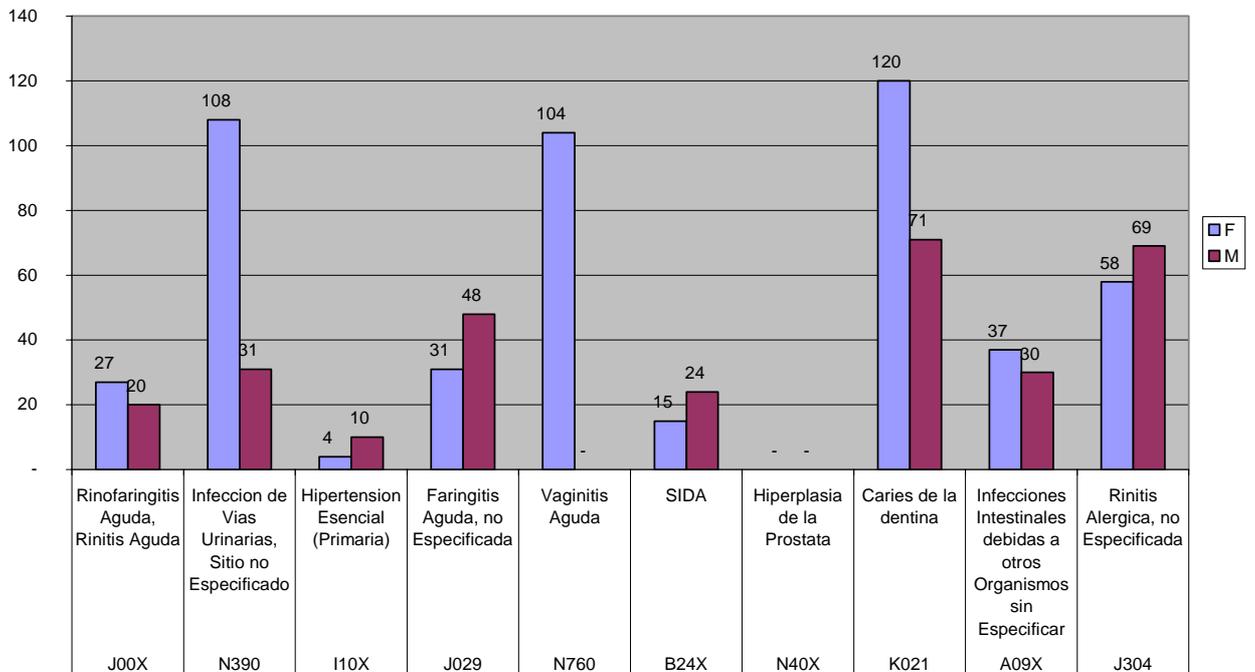
En este grupo etareo también la primera causa de consulta es por Rinofaringitis aguda predominando en el Sexo Masculino seguido de Caries dental predominante en el Sexo Femenino y como tercera causa Faringitis aguda con predominancia en el Sexo Femenino.

10 PRIMEROS DAÑOS 10-14 AÑOS  
AÑO 2006



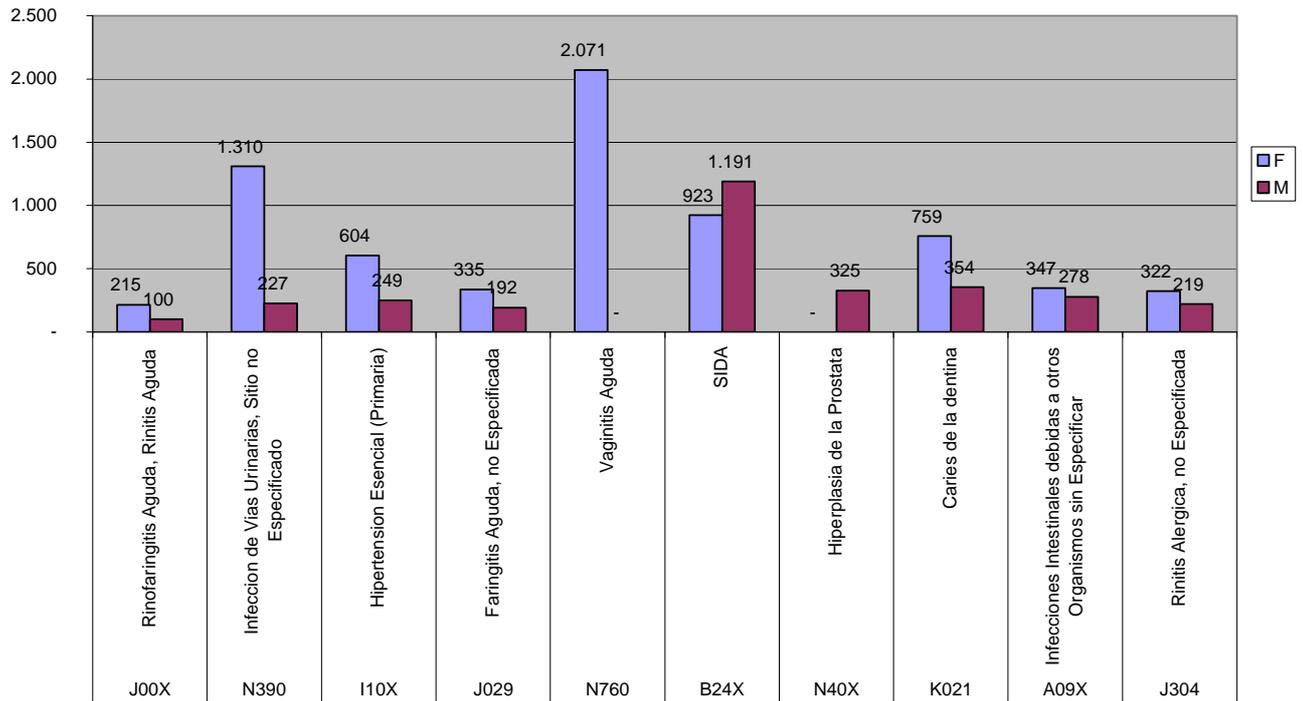
En el grupo etareo de 10-14 años , predomina la faringitis aguda seguido de caries de la dentina.

10 PRIMEROS DAÑOS 15-19 AÑOS AÑO 2006



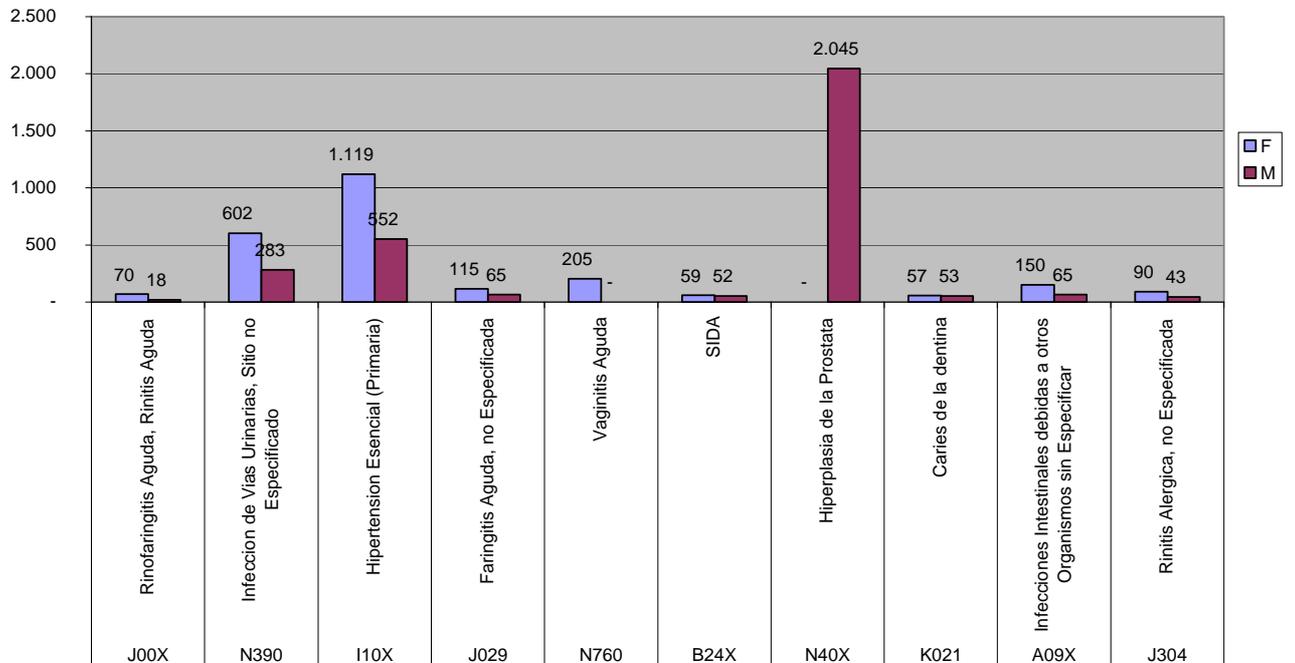
En el grupo etareo de 15 a 19 años predomina caries de la dentina con predominancia del sexo femenino seguido de vaginitis aguda.

10 PRIMEROS DAÑOS 20-59 AÑOS AÑO 2006

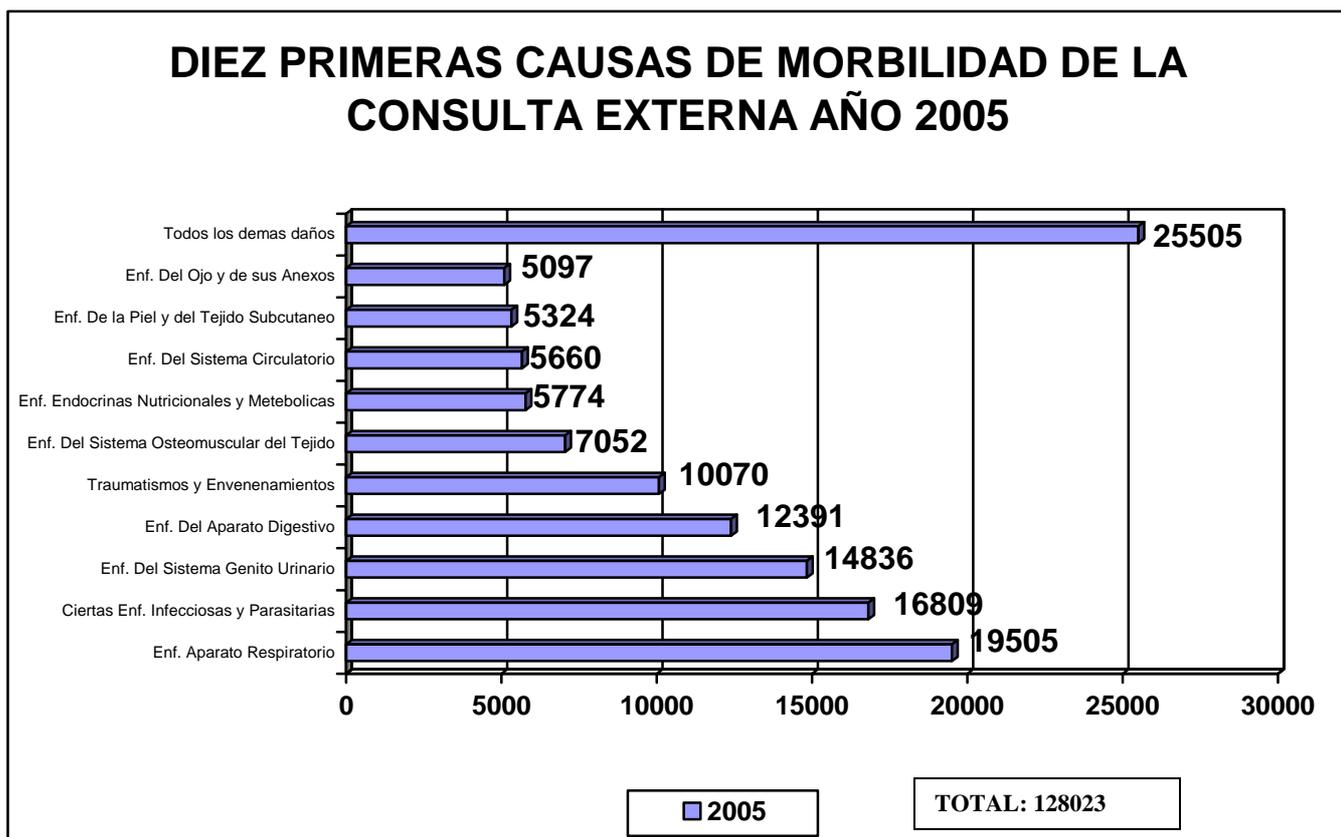


En el grupo de 20-59 años predomina la vaginitis aguda y en segundo lugar las infecciones de las vias urinarias propias en el sexo femenino.

10 PRIMEROS DAÑOS EN MAYORES DE 60 AÑOS AÑO 2006



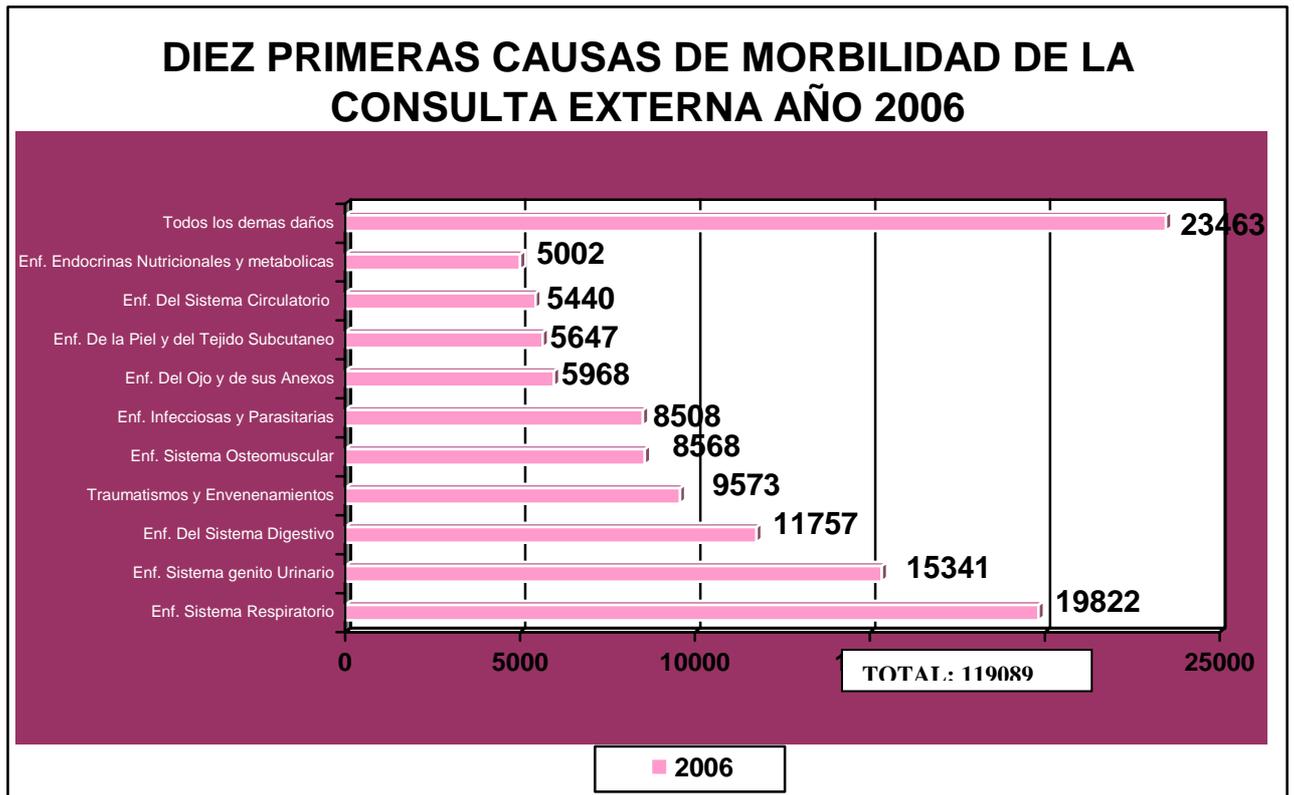
En los mayores de 60 años predomina la hiperplasia de próstata en el sexo masculino seguido de Hipertensión esencial en el Sexo Femenino.



Durante el año 2005 las Enfermedades del Aparato Respiratorio ocuparon un lugar importante con el 15.23% del total de Atenciones y ciertas Enfermedades Infecciosas y Parasitarias ocuparon el 13.12%. Cabe mencionar que aparte de las 10 primeras causas de morbilidad todos los demás daños en su conjunta representaron el 19.92% del total de Atenciones.

Es necesario tener en cuenta el lugar importante que ocupa los Traumatismos y Envenenamientos.

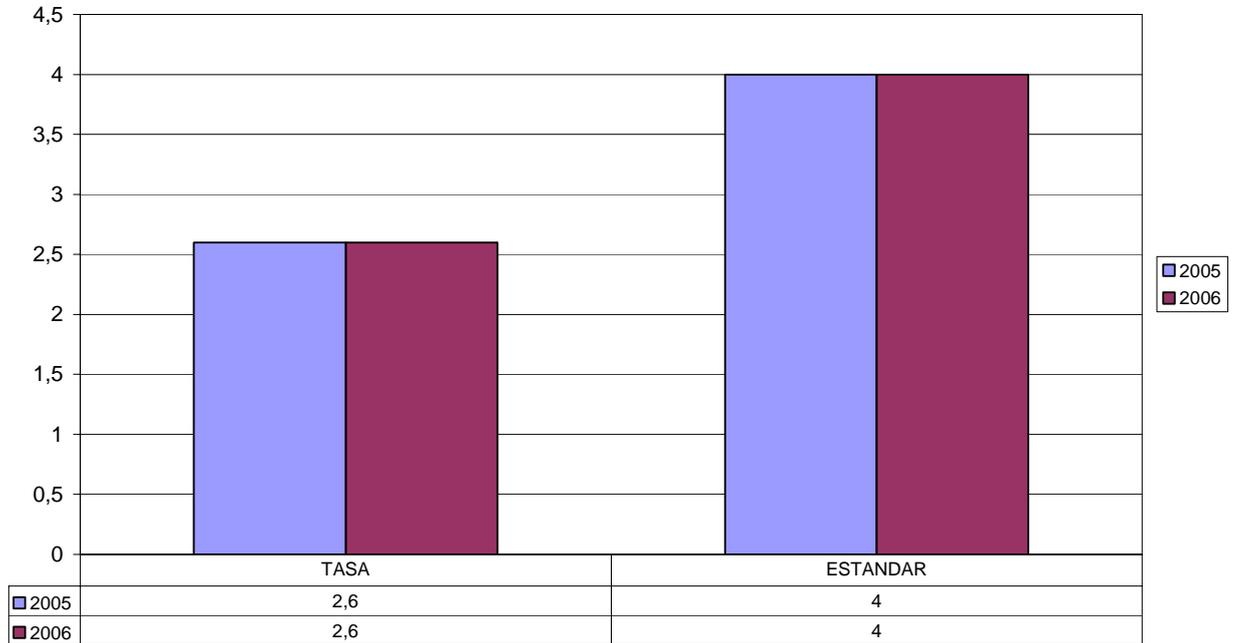
El crecimiento del proceso de urbanización tiene implicancias importantes en la salud. En el aspecto positivo permite un mayor acceso de la población a los bienes y servicios sanitarios pero tiene un efecto adverso cuando este proceso se asocia con los factores de riesgo relacionados con los entornos urbanos.



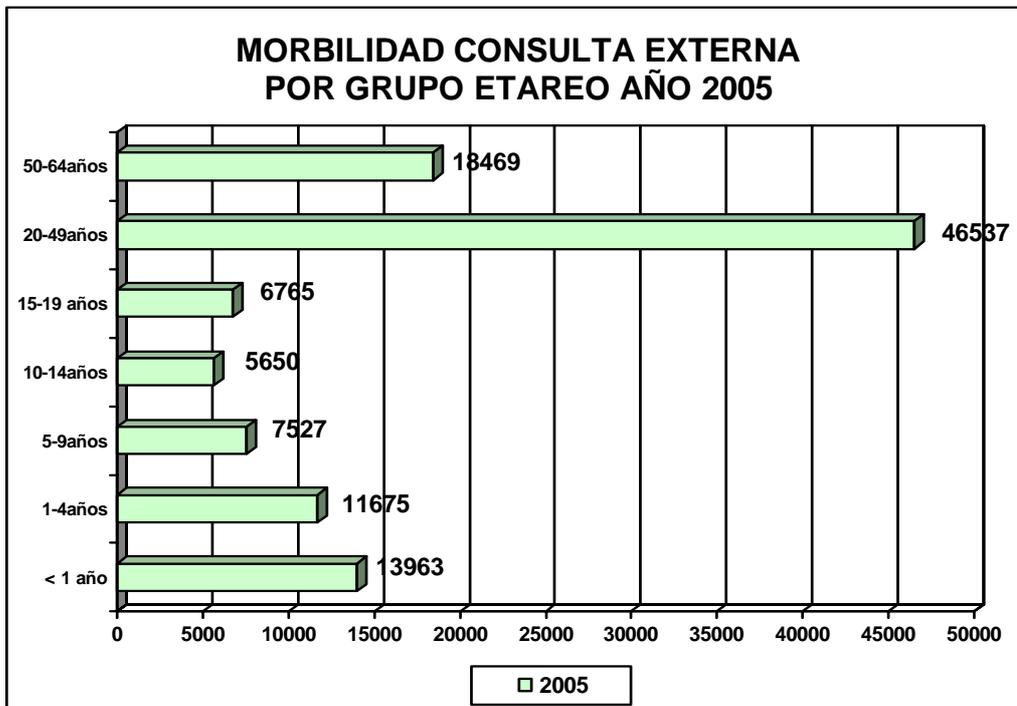
Durante el año 2006 las Enfermedades del Aparato Respiratorio siguen ocupando un lugar importante con el 16.64% del total de Atenciones y en segundo lugar están las Enfermedades del Sistema Urinario con 12.88%. Cabe mencionar que aparte de las 10 primeras causas de morbilidad todos los demás daños en su conjunta representaron el 19.70% del total de Atenciones.

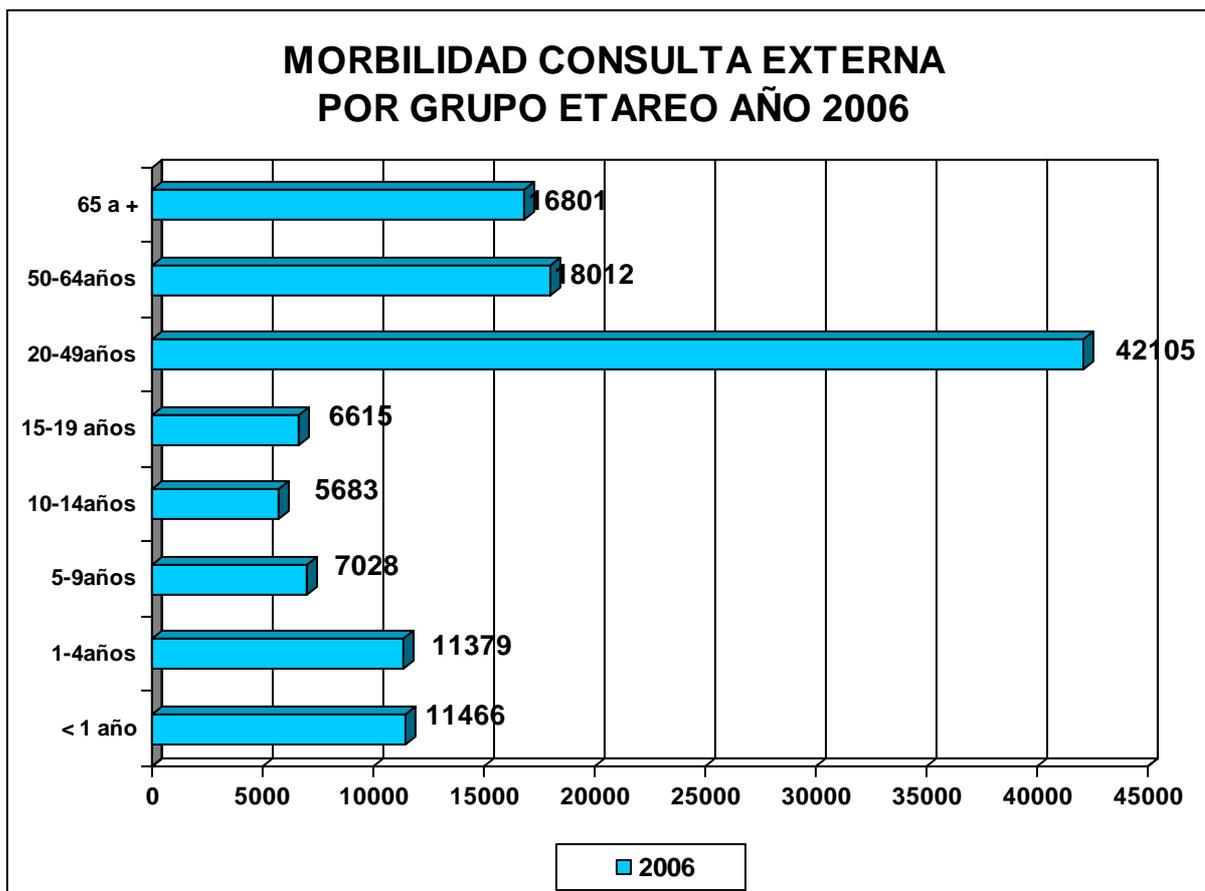
Nuestro País debido a su ubicación y latitud casi ecuatorial pero también por su complejidad geográfica, climática y ecológica, tiene la cordillera más alta del mundo y un mar con temperaturas muy bajas para la latitud en que se encuentra

**INDICADORES DE USO  
CONCENTRACION EN CONSULTORIOS EXTERNOS (ATENC. /ATEND.)  
HOSPITAL SERGIO E. BERNALES  
AÑOS 2005 - 2006**



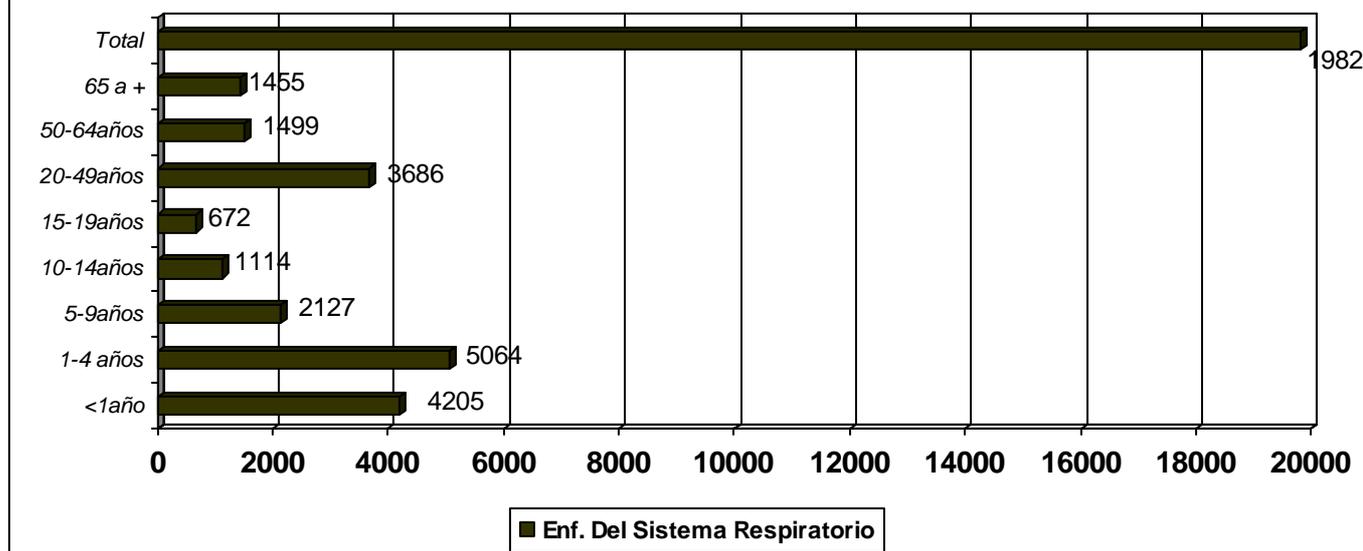
La fórmula de cálculo es  $N^{\circ}$  de Consultas/Total de Horas Médicas efectivas para un Hospital de nivel III el valor estandar es 4.5, por lo que observamos estamos debajo del valor estándar.





El grupo consultante como se observa en los años 2005 y 2006 está comprendido en las edades de 20 a 49 años, población económicamente activa.

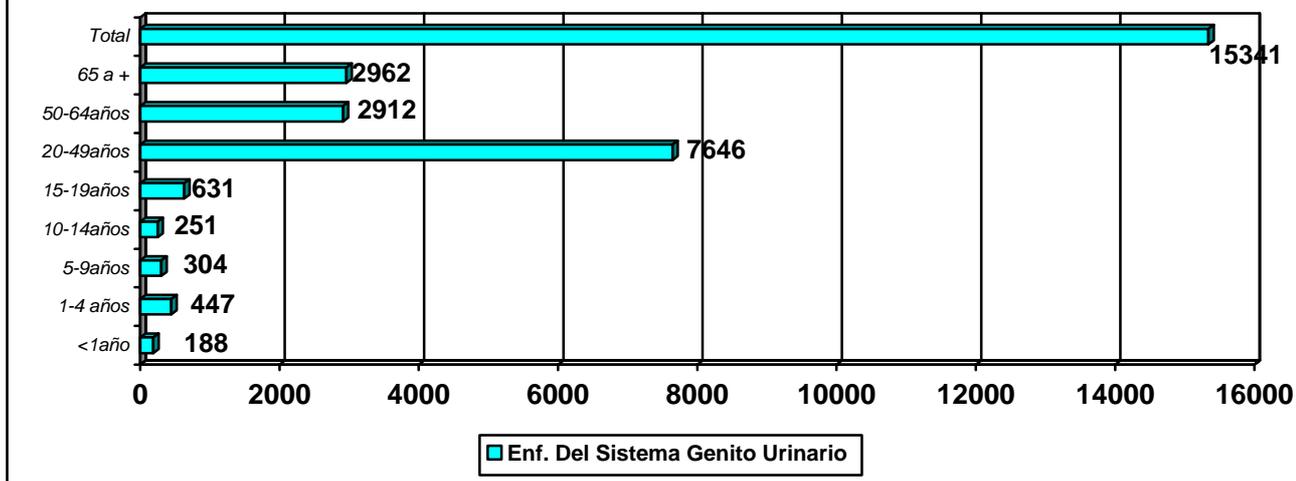
## MORBILIDAD DE CONSULTA EXTERNA PATOLOGIA RESPIRATORIO SEGÚN GRUPO ETÁREO AÑO 2006



La mayor demanda de consultantes por diversas enfermedades del Sistema Respiratorio está comprendida entre la edad de 1-4 años seguida de menores del 1 año.

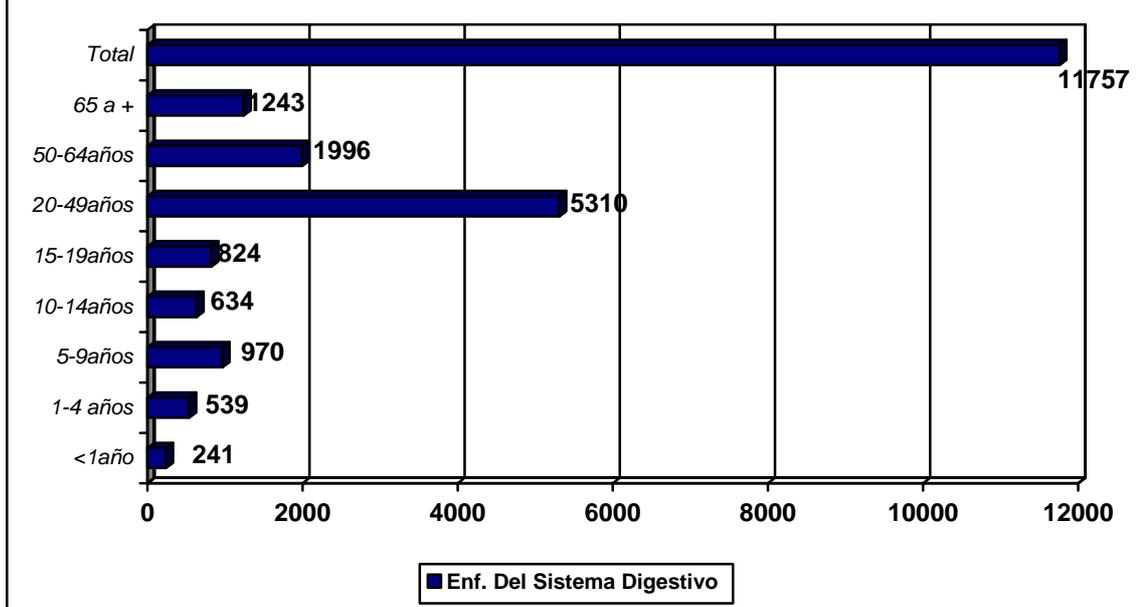
Observamos que la población infantil en general es la mayor población demandante, en relación a la población adulta. Eso podría explicarse por el aseguramiento de la población pobre y de extrema pobreza que es un gran porcentaje de demandantes en nuestro Hospital.

### MORBILIDAD DE CONSULTA EXTERNA PATOLOGIA SISTEMA GENITO URINARIO POR GRUPO ETÁREO AÑO 2006



Los demandantes por diversas Enfermedades de Patologías Genito Urinarias está comprendida en la población económicamente activa (20-49 años), que representa 49.84% del total de consultantes por esta Patología.

### MORBILIDAD DE CONSULTA EXTERNA PATOLOGIA SISTEMA DIGESTIVO POR GRUPO ETÁREO AÑO 2006

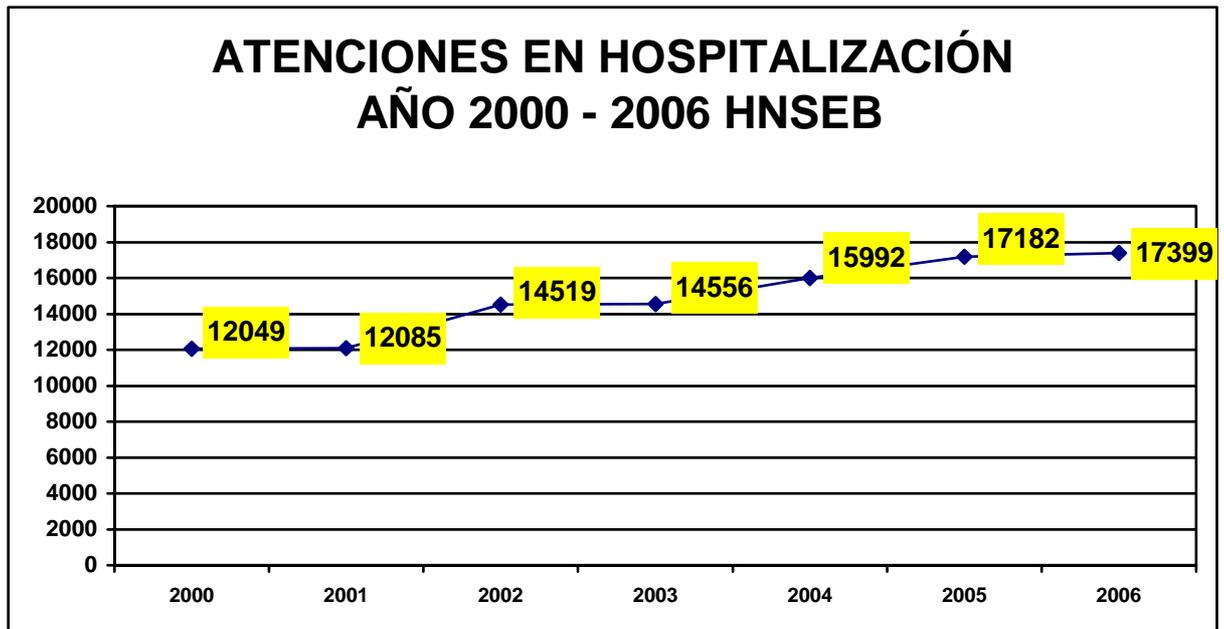


Los demandantes por diversas Enfermedades de Patologías del Sistema Digestivo está comprendida en la población económicamente activa (20-49 años), que representa

45.16% del total de consultantes por esta Patología. Esto puede explicarse por el estrés laboral y la demanda por condiciones de mejora .

- **ANÁLISIS DE MORBILIDAD DE HOSPITALIZACIÓN**

En Hospitalización durante el año 2006 hubieron 17,399 atenciones en comparación con el año 2005 (17,182), 2004 (15,992) y así sucesivamente. Observamos que ha habido un incremento del 44.4 %.



Fuente: HIS

De las diez primeras causas de Morbilidad en hospitalización ocupan un 81.55 % ( 14,267 ) del total de hospitalizados en comparación del año 2005 que fue de 80.75 % ( 14,012 ) del total de Hospitalizados. El sexo femenino representa el 27.91 % y el sexo masculino 72.09 % siéndolo el grupo etáreo con mayor cantidad de hospitalización, comprendido en las edades de 20 a 44 años.

La principal causa de Hospitalización para el año 2006 fue por parto único, aborto no especificado y trabajo de parto obstruido debido a distocia fetal siendo motivo uno de los motivos de ingresos más alto de morbilidad que afecta a la mujer.

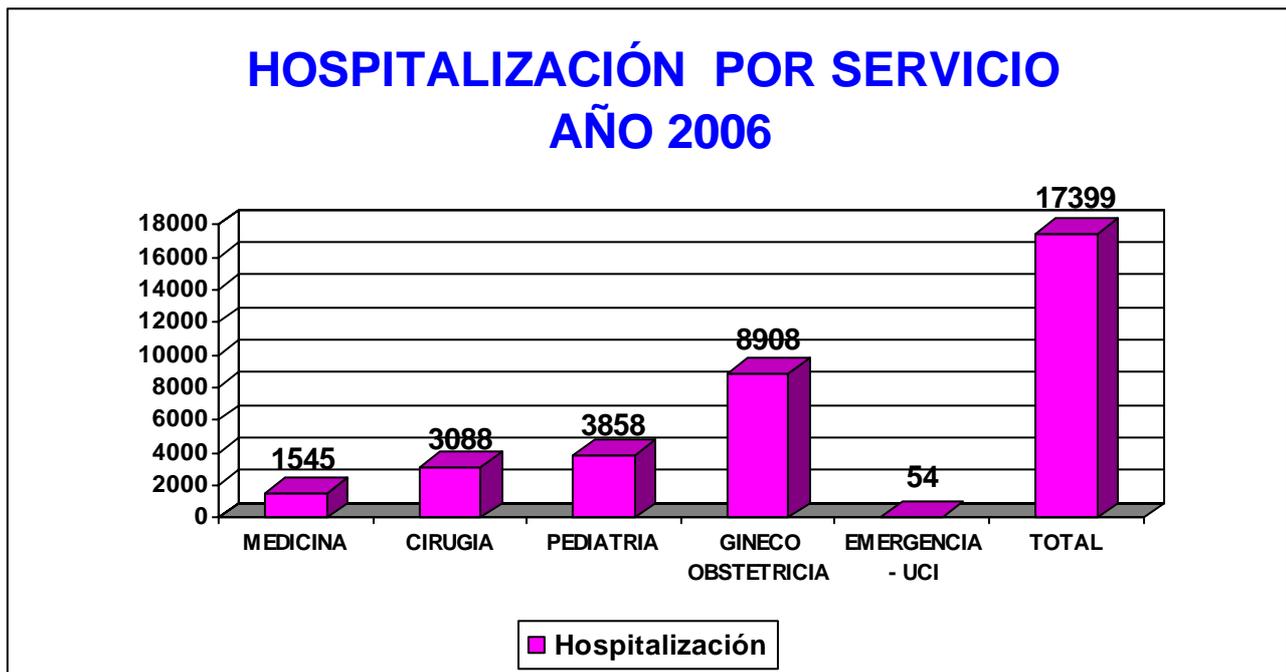
Hay un porcentaje de pacientes afectadas que no acudieron a sus controles o no accedieron a un servicio de salud, la mayoría de pacientes afectadas son aquellas que no accedieron a ningún chequeo preventivo ante alguna molestia de dolor abdominal las que terminaron con patología del apéndice con 1.59% (277).

Hay tres causas que llaman la atención tales como traumatismo intracraneal no especificado, colecistitis crónica y neumonía no especificada al igual que las causas de atención en emergencia hacen un grupo grande de atenciones lo cual nos indica que hay una preocupación más no existe hasta el momento un proyecto de concientización de parte de las autoridades locales para evitar los accidentes ya que el aumento del vehículos motorizados ha tenido un acelerado crecimiento donde solo en Lima se concentra el 68% de ellos ha esto se adiciona los conductores irresponsables. Se calcula que los choques en las vías públicas implican no solo un

problema de salud pública sino un costo para los pacientes implicados y como consecuencia las discapacidades, en la última década se ha registrado una gran cantidad de accidentes de tránsito a nivel nacional los mismos que ocasionaron 97,879 víctimas de las cuales 15,625 fallecieron (fuente Policía Nacional del Perú – año 2004).

Los Servicios que tuvieron demanda de Hospitalización son Gineco-Obstetricia seguido de Pediatría y Cirugía.

Esto se refleja por el uso del Seguro Integral y porque en la Jurisdicción de Comas y Carabaylo sólo se tiene al Centro de Salud El Progreso con la atención de partos normales pero el N° de camas es reducido y el uso de ropa de cama es insuficiente.

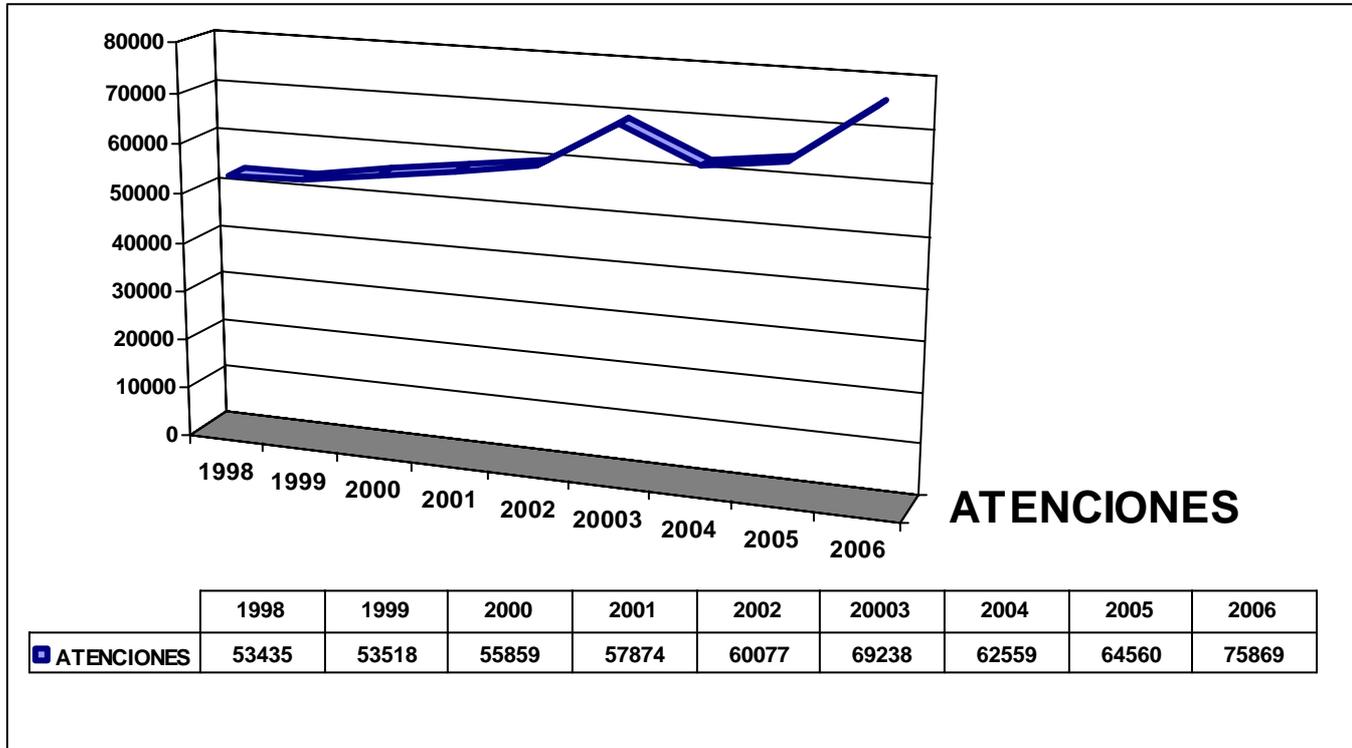


#### • ANALISIS DE MORBILIDAD DE EMERGENCIA

En Emergencia en el año 2006 hubieron 75869 atenciones correspondiendo propiamente consultas 49,111 y el grupo de edad que mayor atención ha recibido es el de menores de 15 años esto es por el uso del Seguro Integral, seguido de población adulta.

Las diez primeras causas de Morbilidad de Emergencia son Traumatismos y envenenamientos que equivalen al 23.6 % (11,581) del total de Atenciones, seguido de Patologías sin Diagnóstico definido al inicio como dolor abdominal de E.A.D. siendo 21.4% (10,491) del total .

## GRAFICO HISTORICO DE ATENCIONES EN EMERGENCIA HOSPITAL SERGIO E. BERNALES AÑOS 1998 - 2006



## ANALISIS DE MORBILIDAD DE EMERGENCIA HOSPITAL SERGIO E. BERNALES AÑOS 2005 - 2006

DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD  
AÑO 2005

Nº	DESCRIPCION	TOTAL	%
	TRAUMATISMOS Y ENVENENAMIENTOS	10638	26.6
2	SINTOMAS Y SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES	9350	23.4
3	ENF. DEL SISTEMA RESPIRATORIO	7227	18.1
4	CIERTAS ENF. INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	3368	8.4
5	ENF. DEL SISTEMA GENITOURINARIO	1222	3.1
6	TRANSTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO	1053	2.6
7	CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD	1021	2.6
8	ENF. DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUB CUTANEO	864	2.2
9	ENF. DEL SISTEMA DIGESTIVA	778	1.9
10	EMBARAZO DEL PARTO Y PUERPERIO	578	1.4
	TODOS LOS DEMAS DAÑOS	3878	9.7
	TOTAL	39977	100

DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD  
AÑO 2006

Nº	DESCRIPCION	TOTAL	%
1	TRAUMATISMOS Y ENVENENAMIENTOS	11581	23.6
2	SINTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES	10491	21.4
3	ENF. DEL SISTEMA DIGESTIVO	9720	20.0
4	ENF. INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	4570	9.3
5	TRANSTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO	1250	2.5
6	CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD	1237	2.5
7	ENF. DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUB CUTANEO	1027	2.1
8	ENF. DEL SISTEMA DIGESTIVO	808	1.6
9	ENF. DEL SISTEMA CIRCULATORIO	749	1.5
10	ENF. DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR	667	1.4
	TODOS LOS DEMAS DAÑOS	7011	14.3
	TOTAL	49111	100

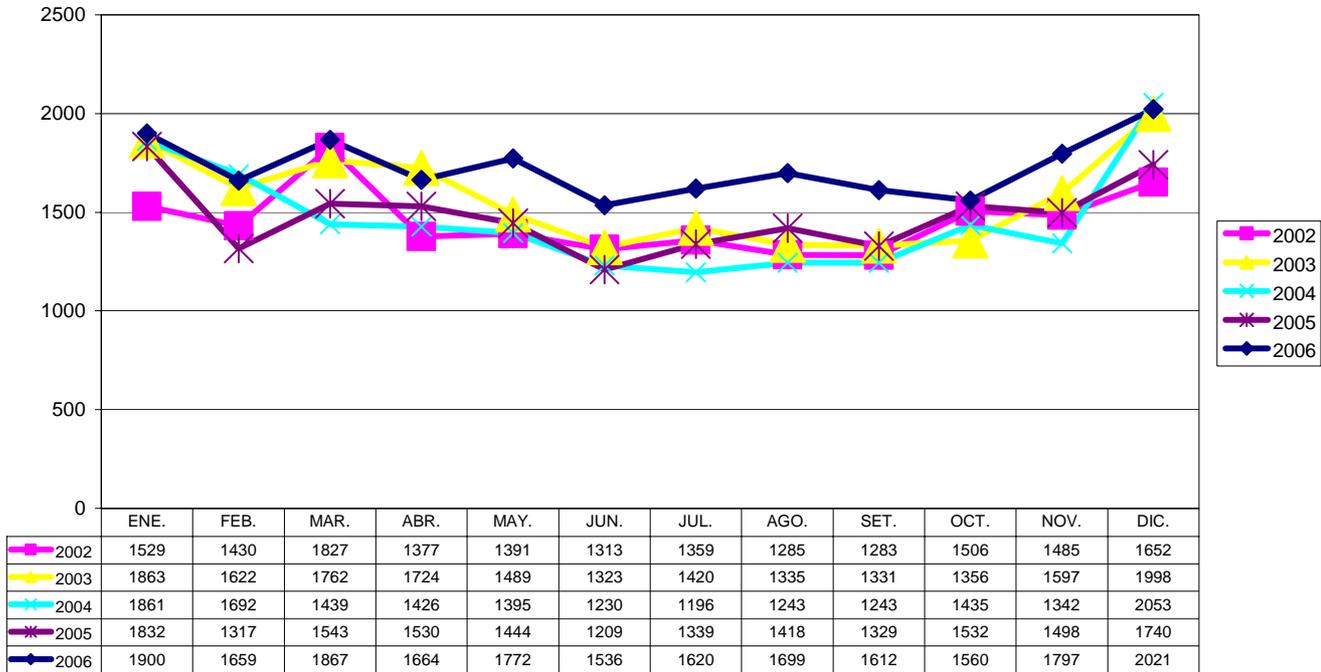
Los consultantes en el año 2005 fueron 39,977 y la primera causa de atención fue Traumatismos y envenenamientos con un 26.6% (10,638 ) del total de consultas, seguido de Patologías con signos anormales con un 23.4% (9,350) del total de consultantes. Este hecho es igual en los 2 años.

El Hospital atiende principalmente la demanda del Cono Norte cuya población por los patrones socio-culturales tiende a presentar alto signos de violencia, problemas de drogadicción y alcoholismo, por otro lado el cono norte cuenta con dos vías rápidas como son la Av. Tupac Amaru y la Panamericana Norte acompañado de la irresponsabilidad de los malos conductores suscitándose constantemente accidentes de tránsito (peatonal y ocupante).

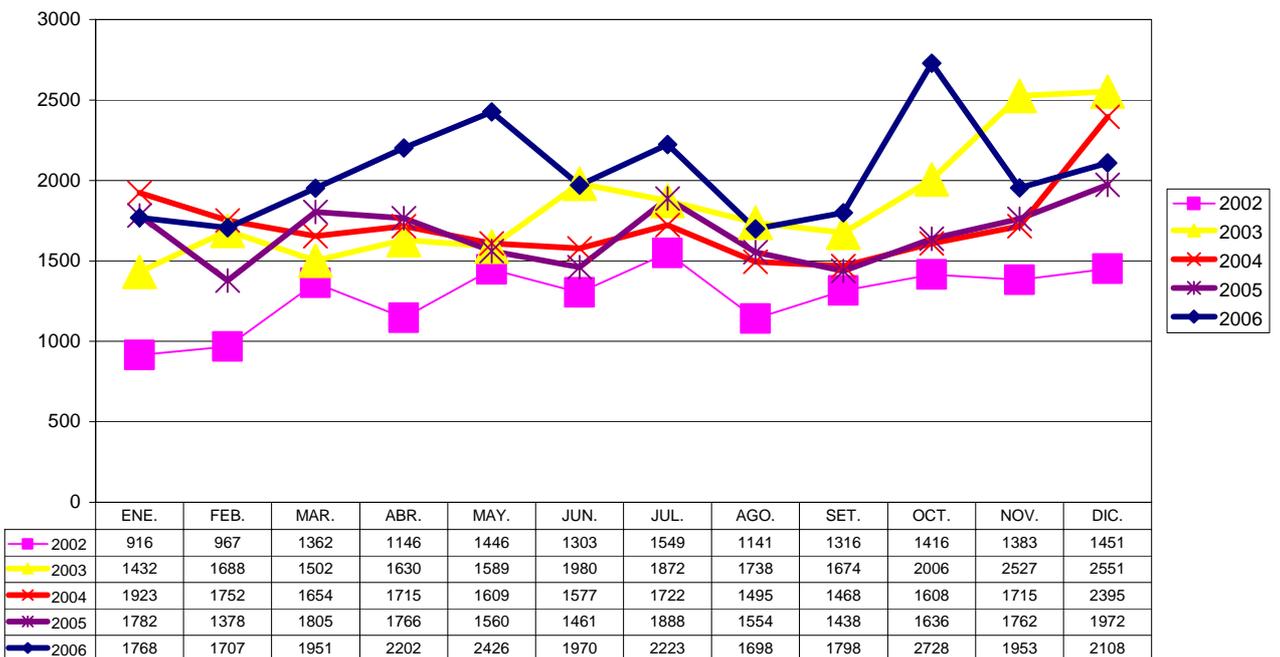
Los problemas respiratorios se presentan como 3ra. Causa de demanda por Emergencia tanto para los años 2006 y 2005 con 20% (9,720) y 18.1% (7,227) del total de consultas respectivamente.

Estudios realizados por DIGESA y el SENHAMI refieren que el distrito de Independencia , Comas y Carabaylo altamente contaminados, factores de riesgo para la afección de las vías respiratorias, además el hacinamiento, extrema pobreza que viven muchos pobladores de esta Zona, especialmente en zonas altas como viviendas en falda de los cerros.

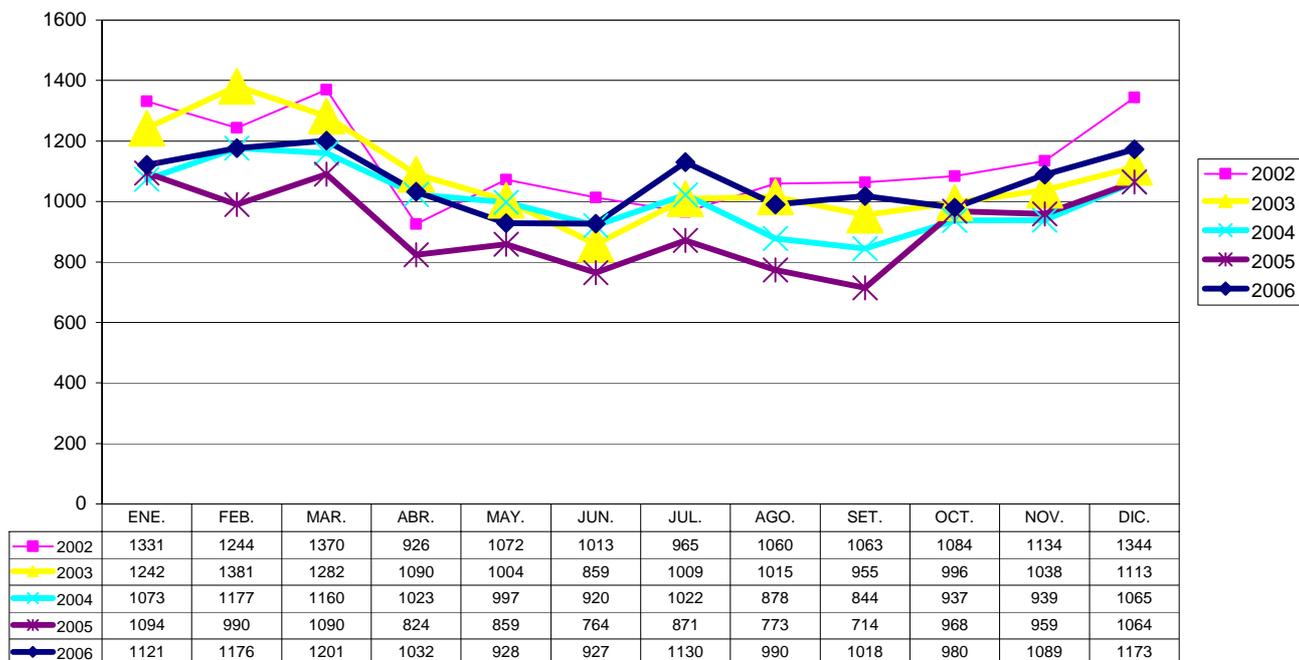
**N° DE ATENCIONES EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA  
MEDICINA  
COMPARATIVOS AÑOS 2002 - 2006  
HOSPITAL SERGIO E. BERNALES**



**N° ATENCIONES EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA  
PEDIATRIA  
COMPARATIVOS AÑOS 2002-2006  
HOSPITAL SERGIO E. BERNALES**

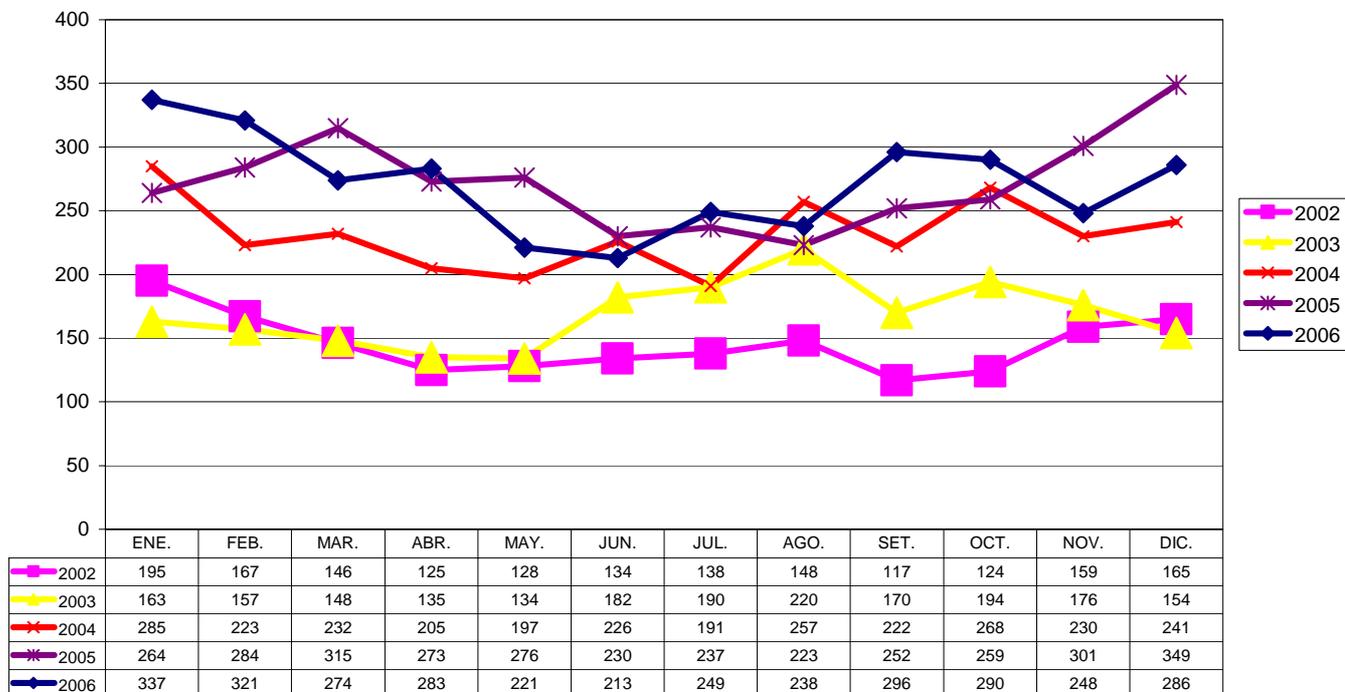


**N° ATENCIONES EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA  
CIRUGIA  
COMPARATIVOS 2002-2006  
HOSPITAL SERGIO E. BERNALES**



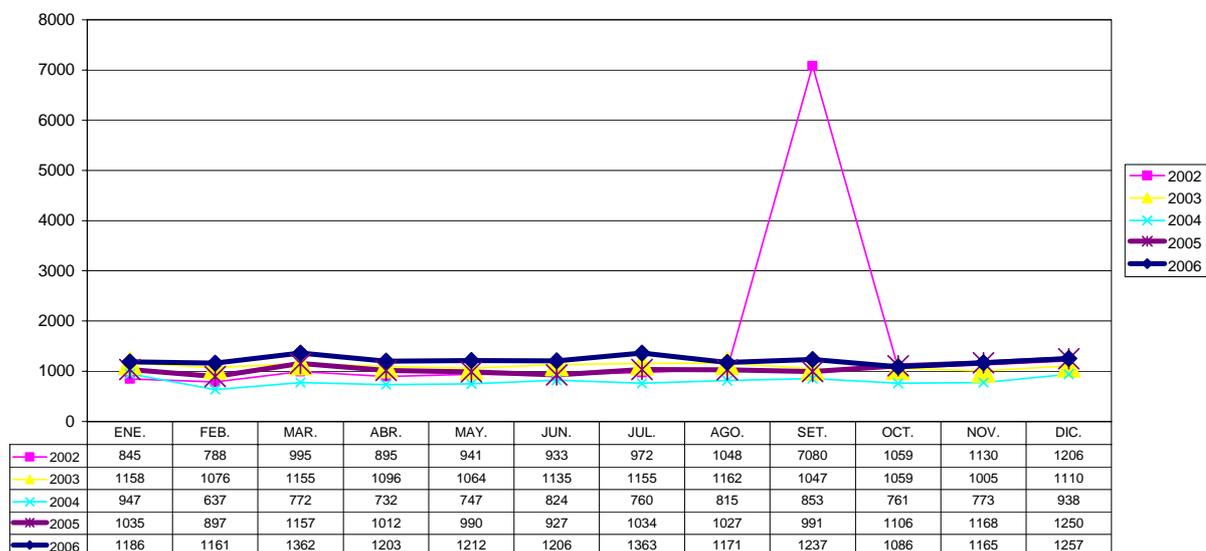
En el gráfico se observa que las curvas se mantienen siendo las atenciones comparativamente menores durante los meses de Junio a Setiembre.

**N° ATENCIONES EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA  
TRAUMATOLOGIA  
COMPARATIVOS AÑOS 2002-2006  
HOSPITAL SERGIO E. BERNALES**

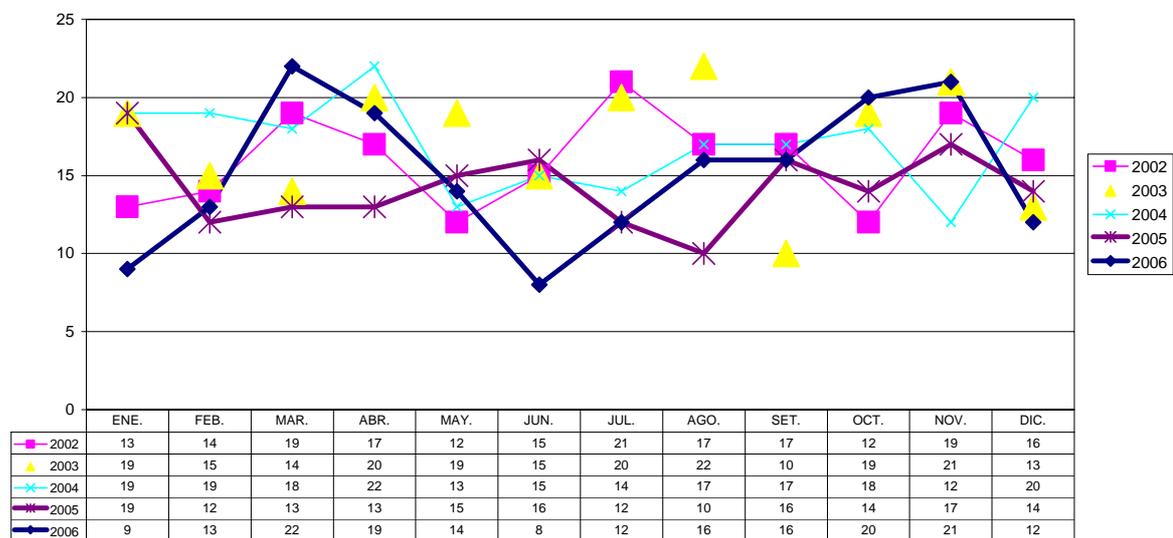


En el Grafico observamos que las atenciones en Traumatología tienden a mantenerse durante los años 2005-2006

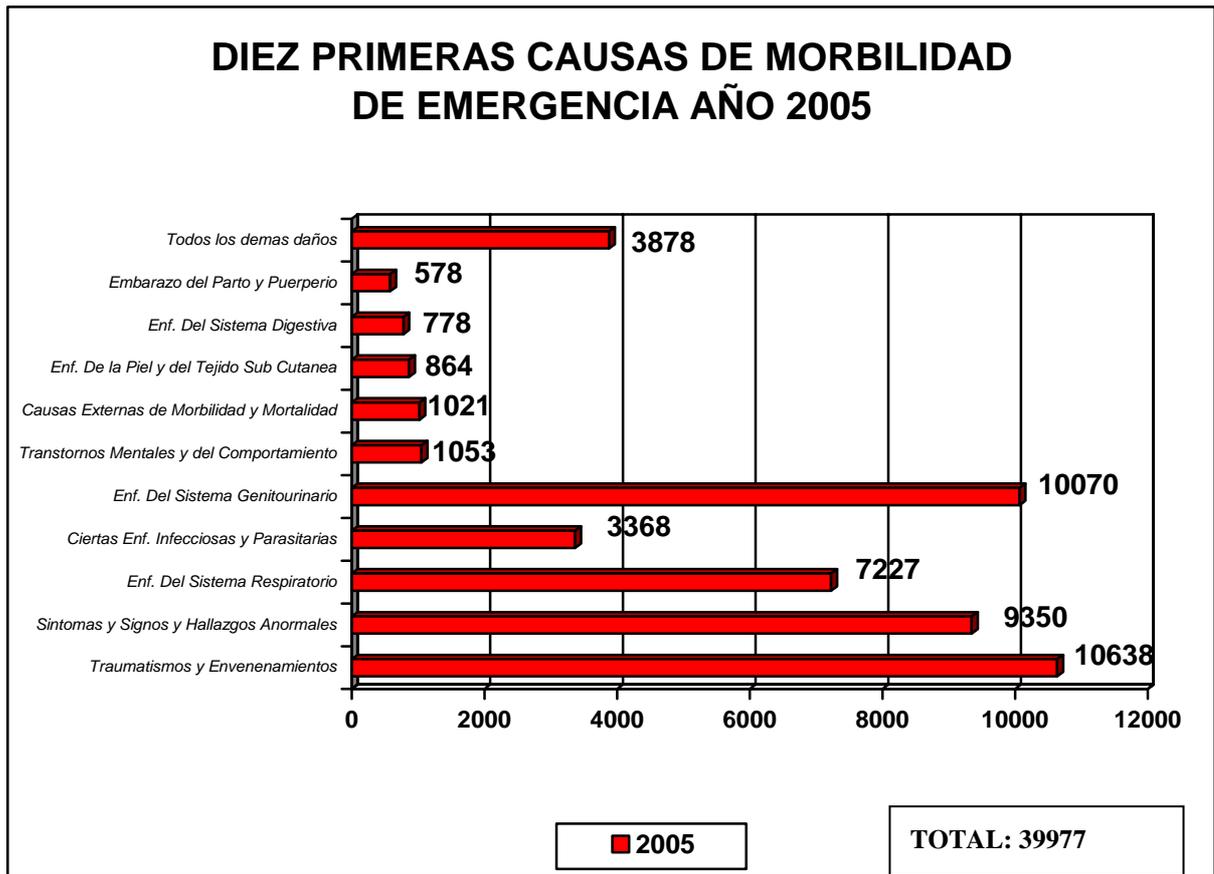
**N° ATENCIONES EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA  
GINECO OBSTETRICIA  
COMPARATIVOS AÑOS 2002 - 2006  
HOSPITAL SERGIO E. BERNALES**



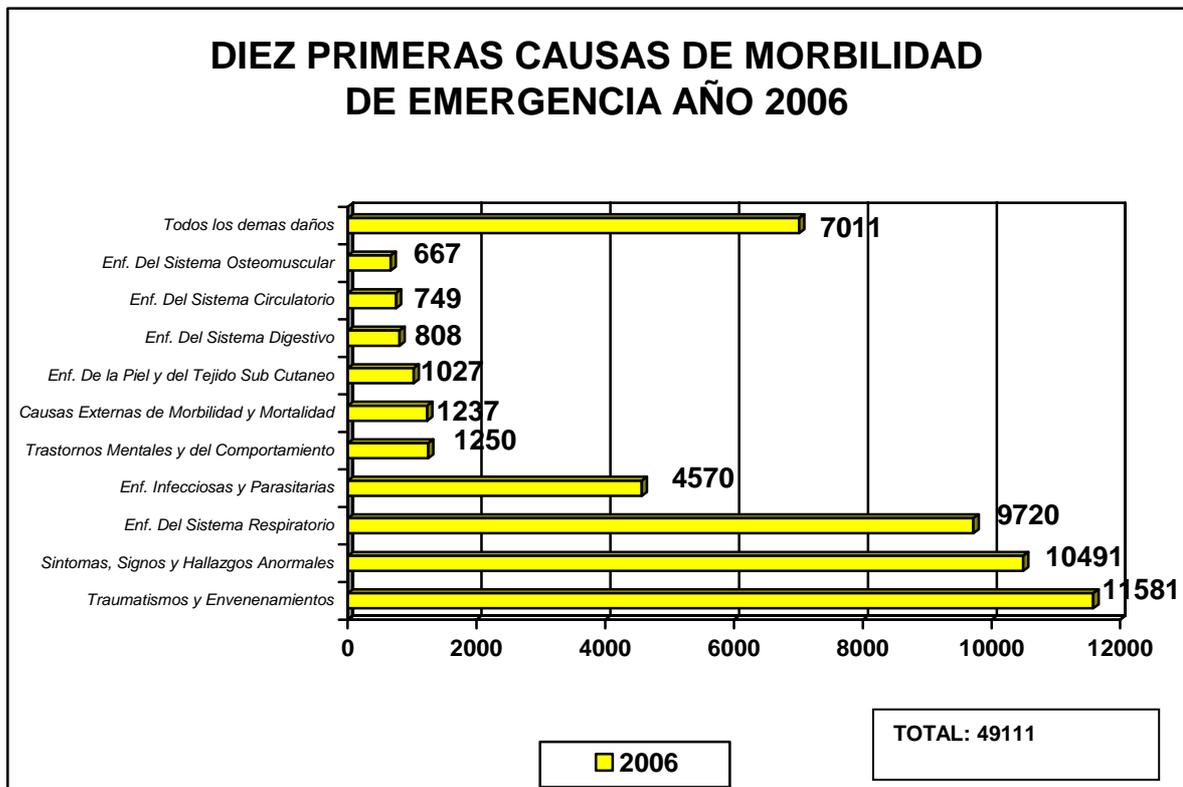
**N° ATENCIONES EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA  
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS  
COMPARATIVOS AÑOS 2002-2006  
HOSPITAL SERGIO E. BERNALES**



A pesar de algunos inconvenientes de tipo logístico y de Recursos Humanos observamos cruces entre las líneas, siéndo el mes de Marzo las atenciones mayores durante el año 2006.



Durante el año 2005 la principal causa de atención por Emergencia fueron los Traumatismos y Envenenamientos seguido de las enfermedades Genito-Urinarias



Durante el año 2006 vemos que se mantiene en primer lugar los traumatismos y envenenamientos.

## **MORTALIDAD HOSPITALARIA**

En el año 2006 la TASA de mortalidad fue de 1.35 % (236 muertes) de 17,394 egresos hospitalarios, en comparación con el año anterior 2005 que fue de 1.87 (323 muertes) de 17,182 egresos, el estándar en mortalidad esta considerada en 0.4% encontrándonos por encima de los estándares.

Desde el año 2001 las causas de mortalidad se codificaron con la Clasificación Internacional de CIE X, no siendo tan sensible para el análisis ya que agrupa las causas y no la causa específica.

En los años anteriores la primera causa de muerte en el hospital fue afecciones en el sistema perinatal (año 2001) e insuficiencia respiratoria aguda (año 2005) .

Observamos por ende que la Mortalidad ha ido decreciendo pero aún está por encima de los estándares. Debiendo tener presente que por ser un Hospital de referencia y único en el Cono Norte que abarque Comas, Carabayllo y Norte Chico estas Muertes por ende no son propias del Hospital, el gran porcentaje es por referencias.

Un gran porcentaje es por Sepsis Inespecifica , bacteriana e insuficiencia respiratoria, siendo la etapa neonatal la más afectada , esto nos lleva a realizar un análisis que no se está controlando adecuadamente las gestantes a pesar de contar con un Seguro integral , lo que nos lleva a tratar de sumar esfuerzos para evitar una mayor demanda de muertes en este grupo que en muchos casos pueden ser evitables.

Es necesario reconocer la falta de una UCI Neonatal que cuente con el Equipamiento necesario para poder resolver estos daños.

En estos últimos años hemos visto que el Sida ha ido ocupando posesión entre las diez primeras causas de mortalidad por ejemplo el año 2005 la primera causa de muerte fue insuficiencia respiratoria con 13.93 % y el año 2006 fue Septicemia no especificada con 25.42%, siendo los grupos de edad más vulnerables de los mayores de 65 años esto se debe a los estilos de vida poco saludables, comprendidos en la nutrición y la vida sedentaria y la esperanza de vida que se va aproximando a los 70 años según los estudios actuales.

En el año 2005 aparece como cuarta causa enfermedad por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) con 5.88% (19 muertes), y en el año 2006 representa como 5to lugar con 4.66% (11 muertes), esto demuestra que esta epidemia silenciosa va cobrando más víctimas cada año, por la falta de un soporte financiero para la prevención y las terapias retrovirales.

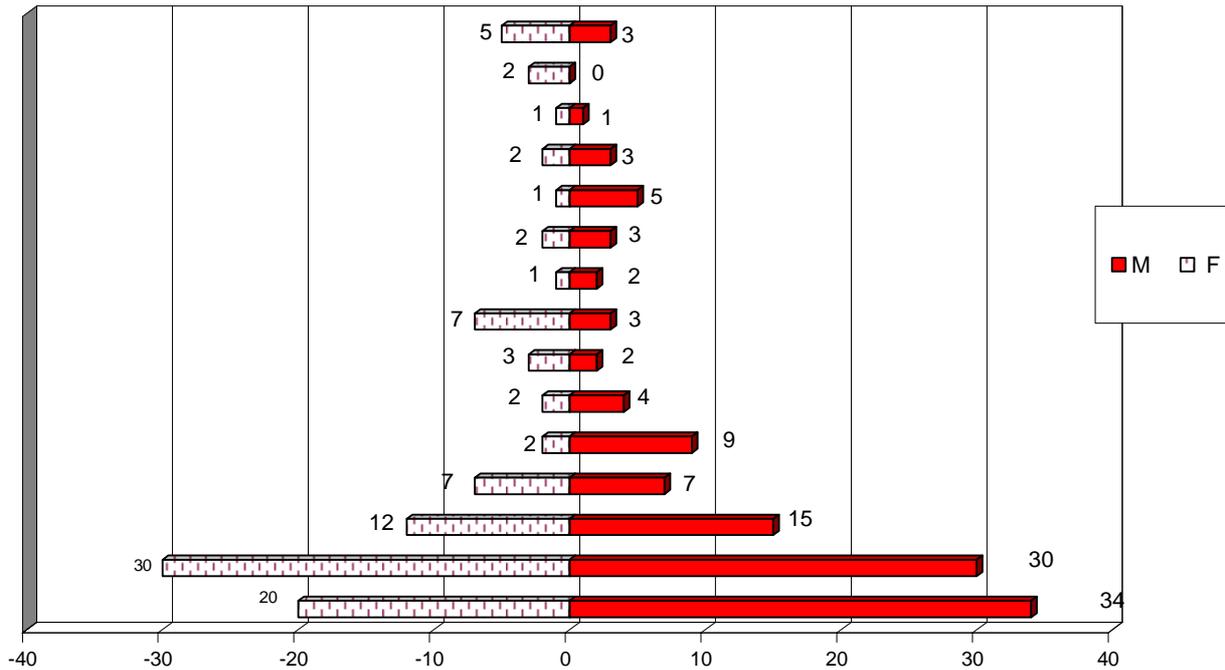
Las demás causas de muerte siempre han estado presentes en los años anteriores de las cuales se tienen causas transmisibles y no transmisibles.

Dentro de las causas siempre están presentes por ejemplo Neumonía y tuberculosis respiratoria como una importante causa de muerte a pesar de todos los mecanismos de prevención y tratamiento.

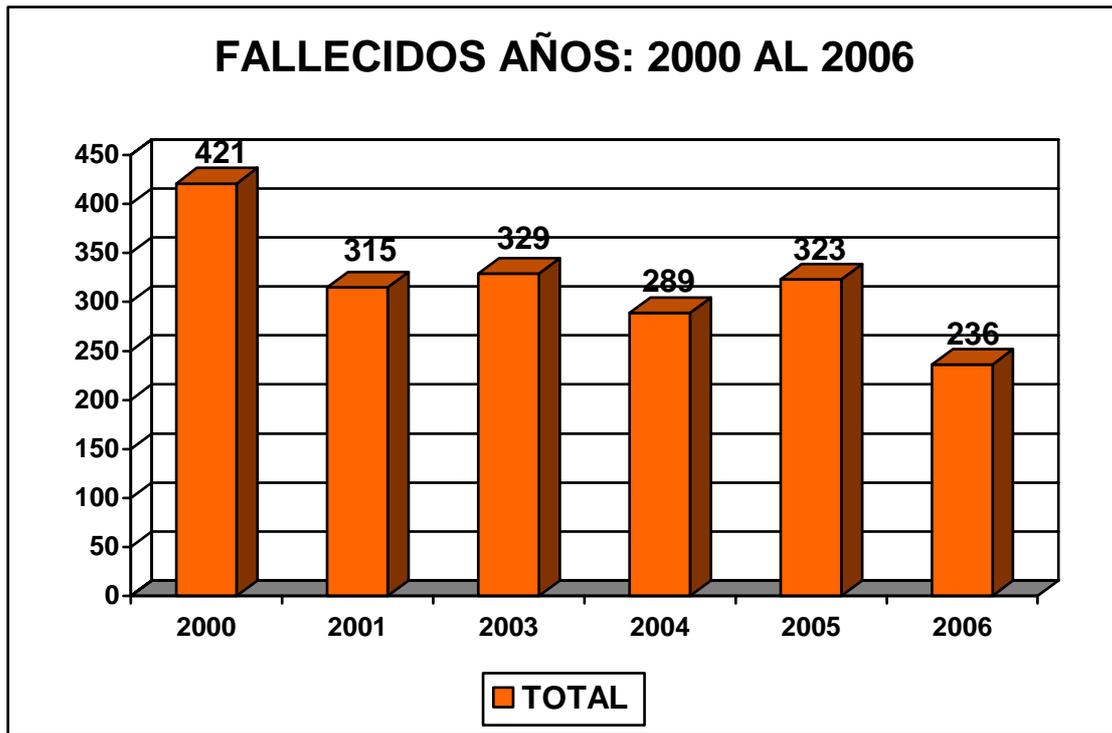
La mejor estrategia para prevención las enfermedades transmisibles son las Estrategias que tienen como norma programas preventivo promocionales sostenidos,

la oportunidad de la atención ya sea en los establecimiento de menor complejidad, y los hospitales, con capacitación permanente a todo el personal de salud. Las enfermedades no transmisibles requiere de programas bien implementados donde se tenga que contemplar los cambios de estilos de vida saludable

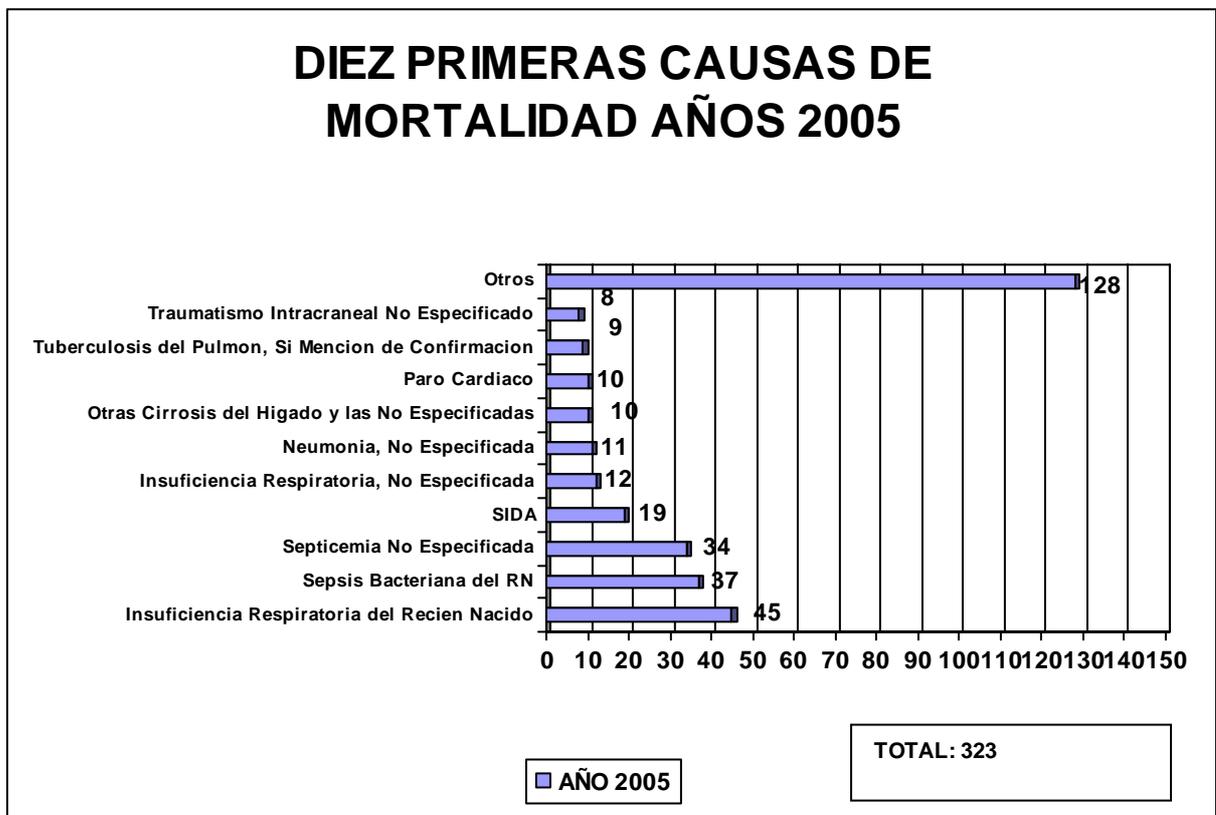
**MORTALIDAD GENERAL  
SEGÚN SEXO  
HOSPITAL SERGIO E. BERNALES  
AÑO 2006**

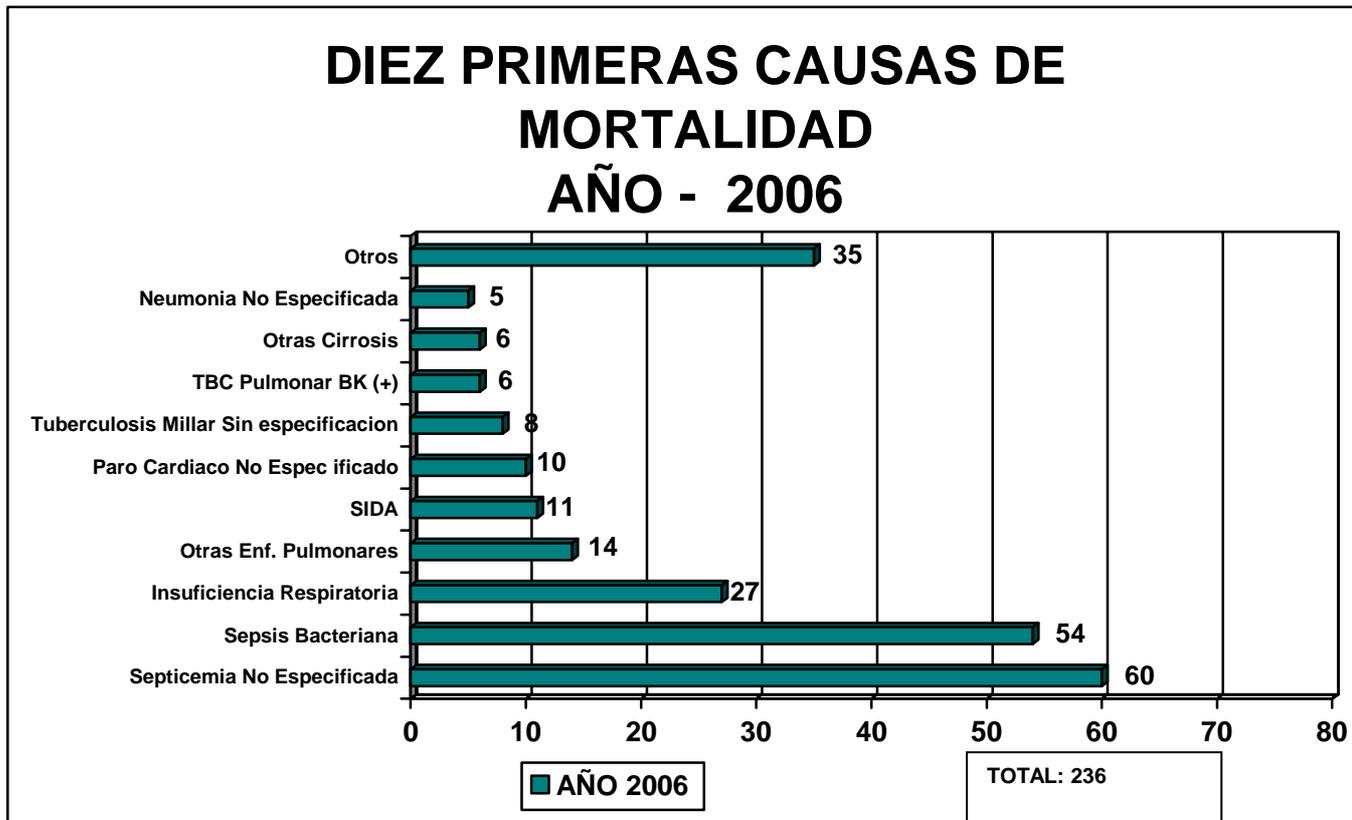


Se observa una mayor mortalidad en el Sexo Masculino



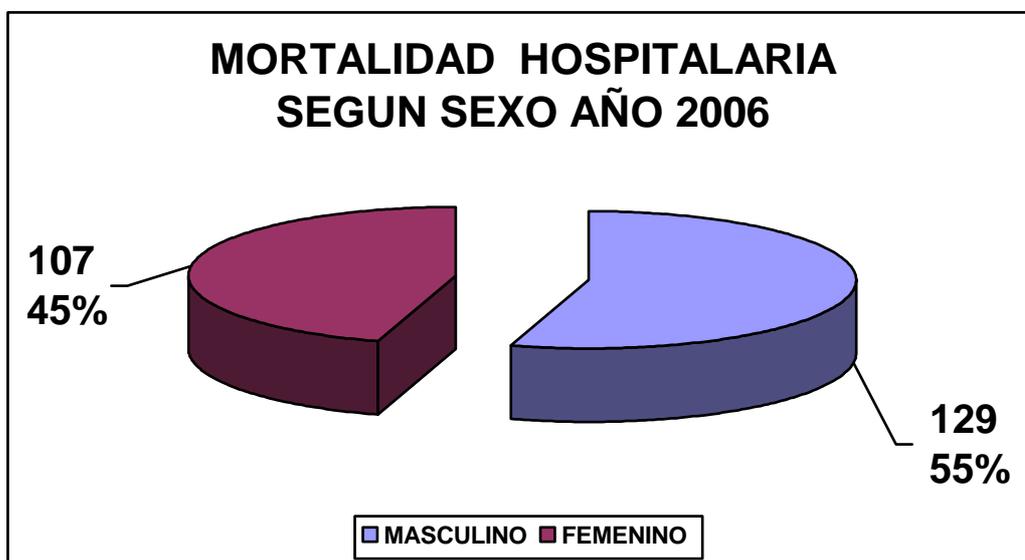
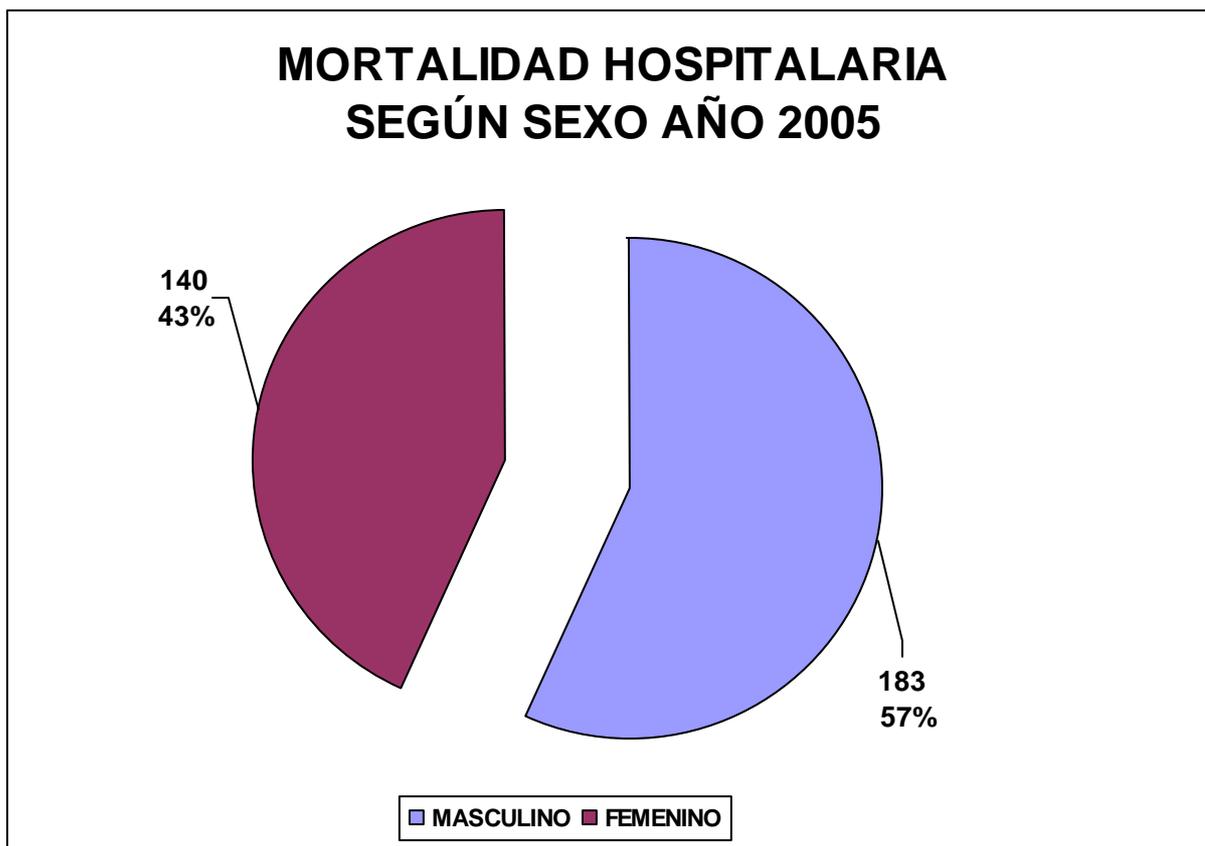
Durante los años comparativos 2000 al 2006 ha ido en decreciendo pero aún existen casos evitables por lo arriba mencionado.





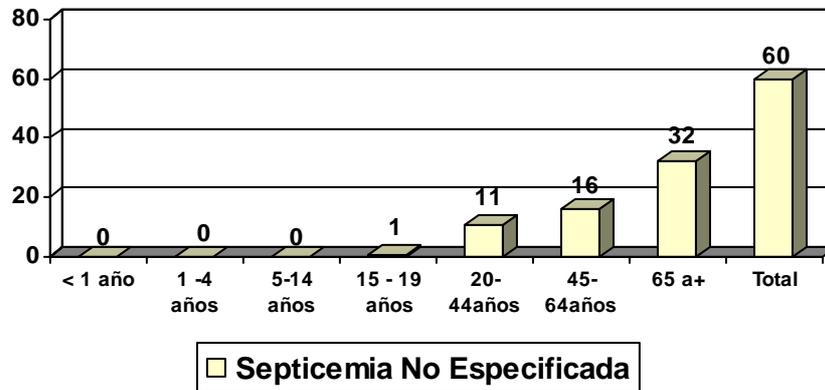
Otra forma de evaluar la mortalidad es mediante las etapas de vida. La distribución de las causas de muerte varían según el grupo afectado. La distribución general toma características propias dentro de las etapas de vida que ayudan a comprender las muertes según atención, programas, grupos priorizados y planes de trabajo preventivos a largo plazo. Las muertes Neonatales conforman un porcentaje importante en el Hospital en relación al resto.

Observamos Septicemias y trastornos respiratorios específicos y ciertas afecciones relacionadas con el aparato respiratorio como las tres primeras causas de muerte ; estas tres patologías comprenden el 59.74 % de las muertes en esta etapa y de manera indirecta expresan la necesidad de atención especializada en servicios de neonatología y transferencias efectivas por parte de los servicios de materno perinatal. Otras podrían ser advertidos mediante el control pre natal, por lo que se debería de capacitar al personal que realiza tal actividad con el fin de diagnosticarlos precozmente y mejorar la accesibilidad de la gestante al programa materno peri natal ya que estos problemas conllevan a un parto distócico que requiere de parto asistido o cesárea. Un problema observado es la falta de investigación de las malformaciones congénitas, estas deberían de tener un estudio post mortem con el fin de tener la causa de la malformación y descartar causales genéticas o Propias .

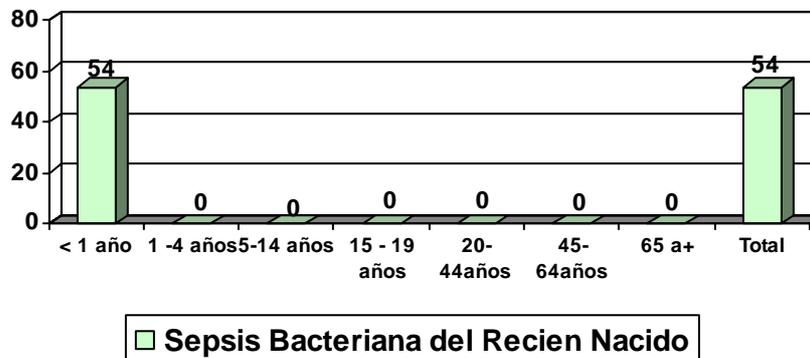


La mortalidad por sexo es mayor en el Sexo masculino y podría explicarse porque aparecen las agresiones y lesiones y preocupa que la Tuberculosis ocupe un 5.9% Hay un sensible aumento de muertes en hombres, por lo que se asume que hay sub-registro sobre todo en mujeres, donde algunas de sus muertes no son registradas, como las de recién nacidos mujeres, o víctimas de la violencia doméstica, o perinatales indeseadas.

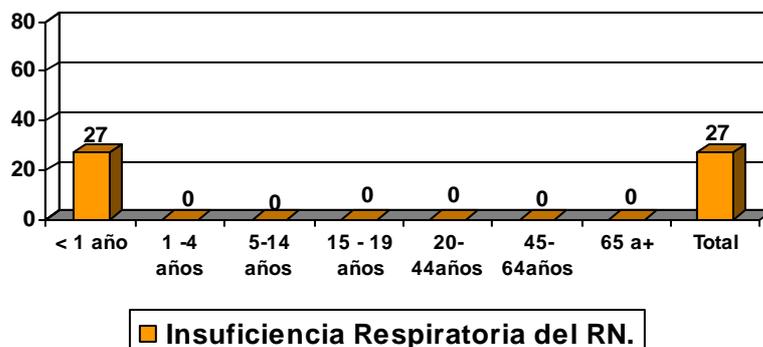
### MORTALIDAD HOSPITALARIA SEGUN GRUPO ETAREO SEPTICEMIA NO ESPECIFICADA AÑO 2006



### MORTALIDAD HOSPITALARIA SEGUN GRUPO ETAREO SEPSIS BACTERIANA DEL R.N. AÑO 2006



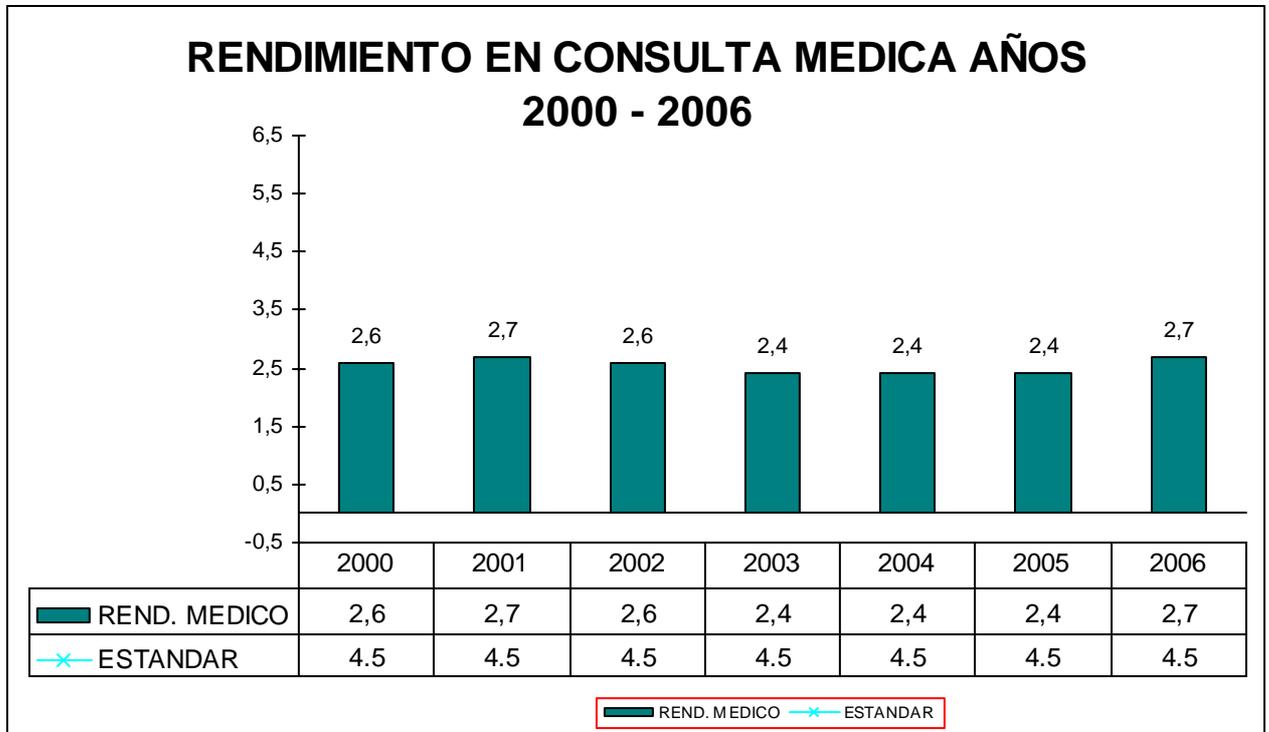
## MORTALIDAD HOSPITALARIA SEGÚN GRUPO ETAREO INSUFICIENCIA RESPIRATORIA DEL RN AÑO 2006



La tendencia de la tasa de mortalidad infantil en el Perú ha experimentado una disminución progresiva en los últimos 50 años. Para el periodo 2000-2005 se calcularon 33.6 defunciones de niños menores de 1 año por cada 1000 nacidos vivos. En el Hospital durante el año 2006 una de las principales causas de defunción fue la Insuficiencia Respiratoria del Recién nacido, asociado a retardo del crecimiento fetal, gestación corta y bajo peso al nacer.

**ANALISIS DE LOS PRINCIPALES INDICADORES DE SALUD**

**RENDIMIENTO EN CONSULTA MÉDICA**



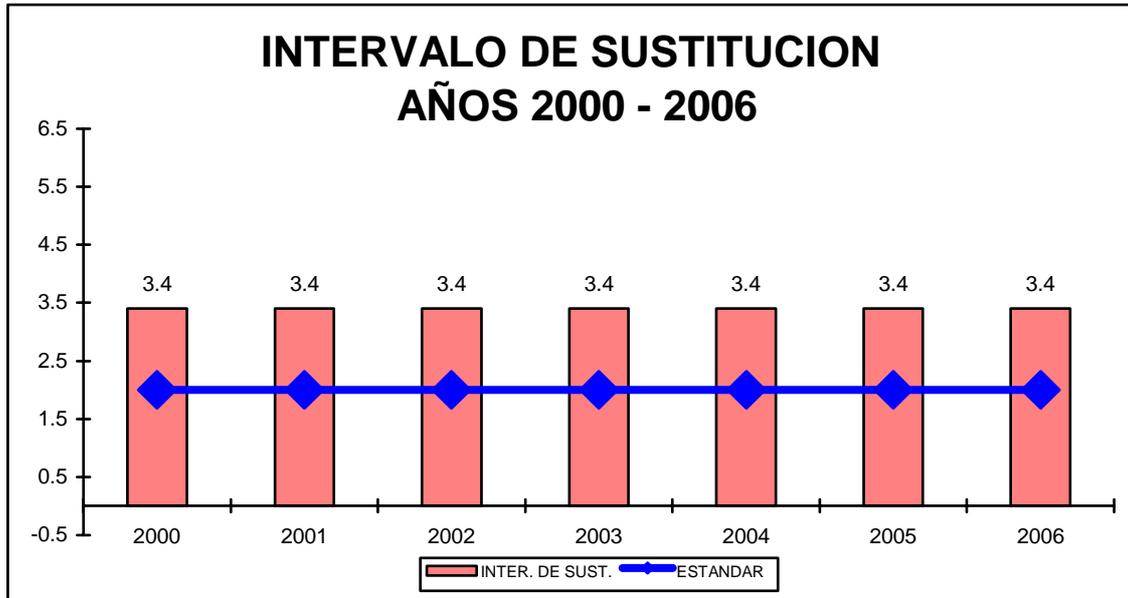
Este indicador permite conocer el número de atenciones que realiza el médico por cada hora efectiva de trabajo en consultorio externo.

Se puede utilizar para establecer el rendimiento individual del grupo de médicos de un servicio o especialidad, o el promedio de rendimiento del conjunto de médicos que realizan consulta externa.

La fórmula de cálculo es  $N^{\circ}$  de Consultas/Total de Horas Médicas efectivas para un Hospital de nivel III el valor estandar es 4.5, por lo que observamos estamos debajo del valor estándar.

## INTERVALO DE SUSTITUCION

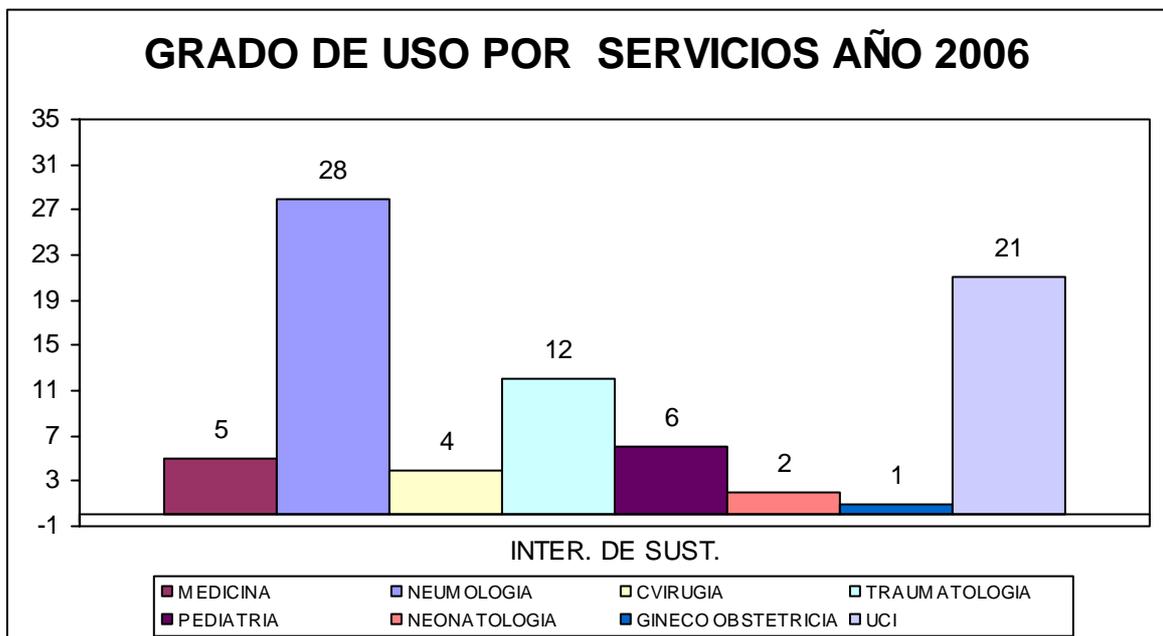
Este indicador es importante porque nos indica el promedio que una cama permanece desocupada entre el egreso de un enfermo y la admisión de otro, se puede apreciar que desde el año 2000 hasta el 2006 se ha mantenido en 3.4 días/cama lo que nos indica que este indicador debe mejorar más ya que el valor estandar es 2.



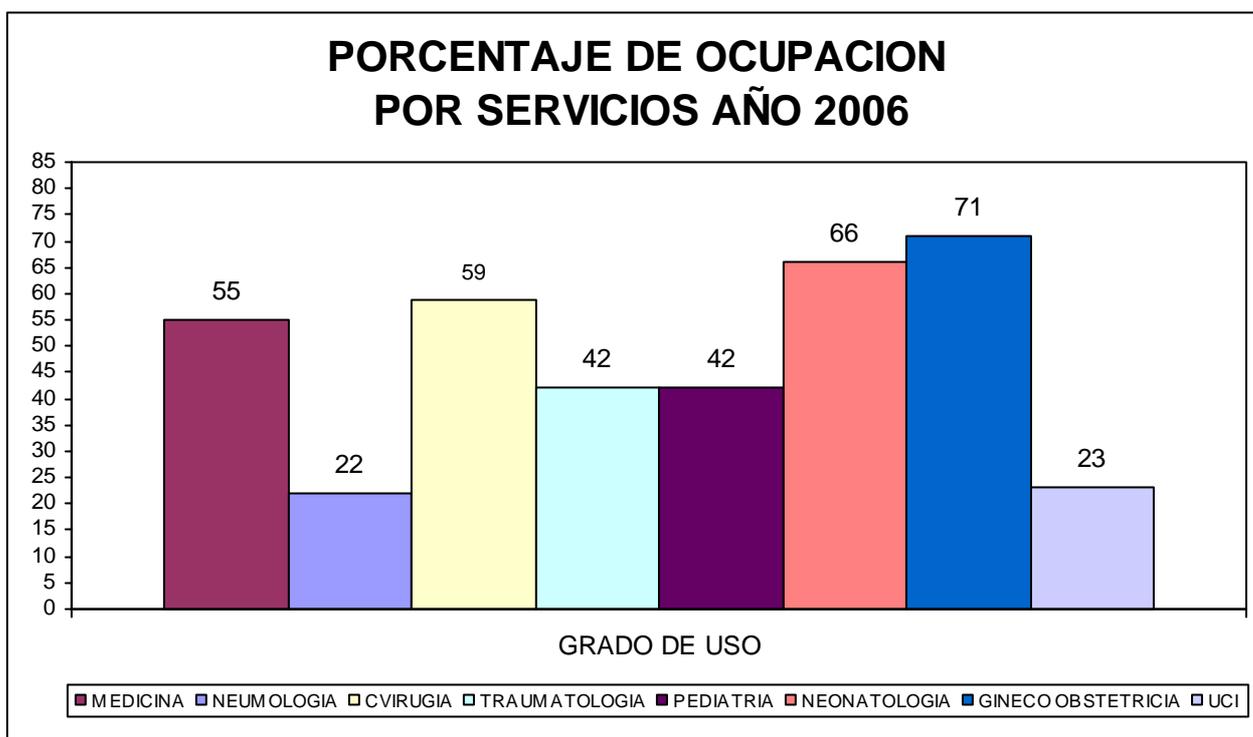
## GRADO DE USO O PORCENTAJE DE OCUPACIÓN

Este indicador mide el grado de ocupación de cama, es la relación entre el total de pacientes días y los días cama durante un periodo de tiempo.

Se puede observar que durante el año 2006 quién tuvo un mayor N° de camas ocupadas fue el Servicio de Neumología seguido de UCI, siéndo el estandar 6.5.



## PORCENTAJE DE OCUPACION



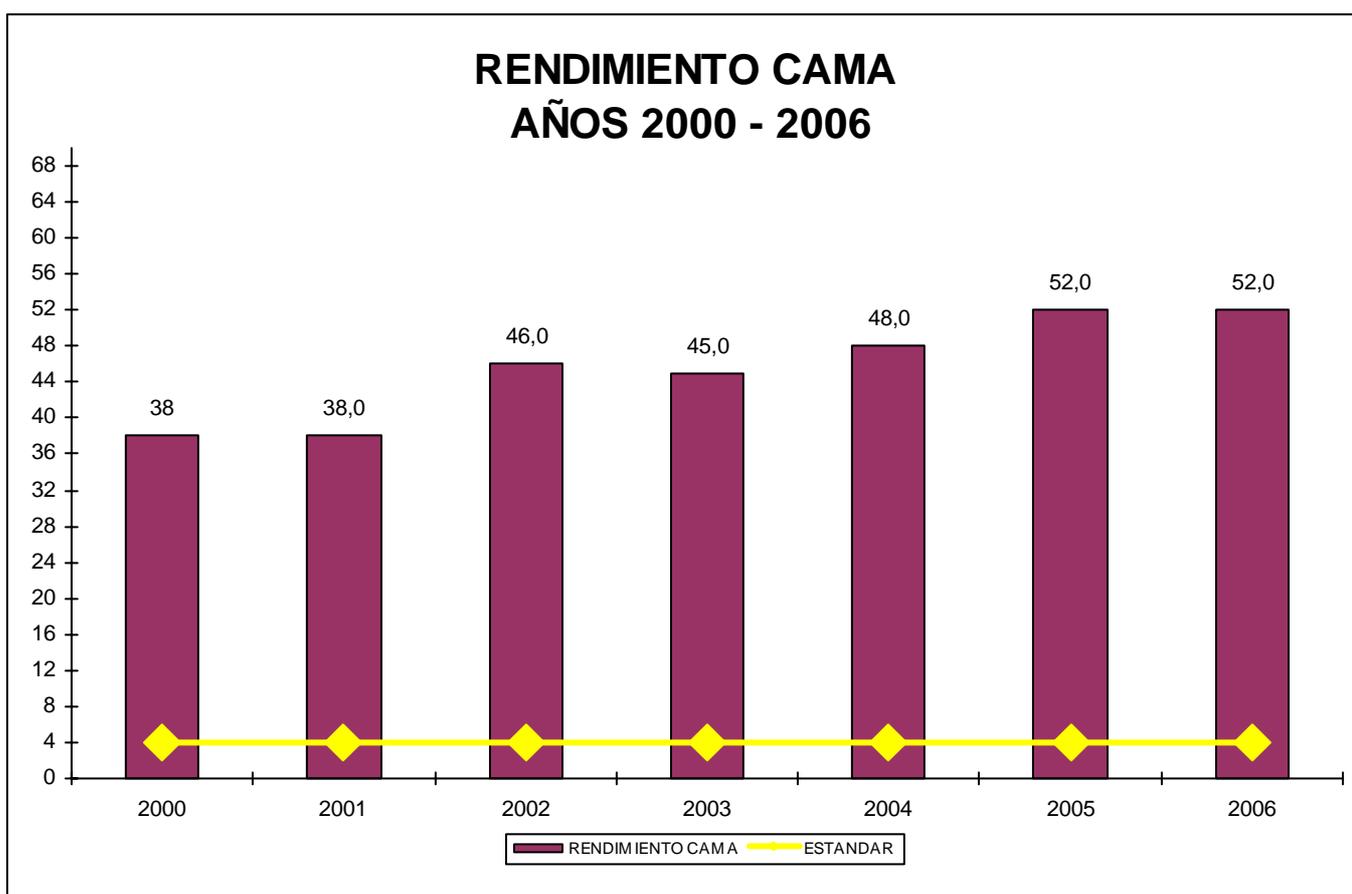
Se puede observar que desde el año 2000 hasta el 2006 y por Servicios los valores se han mantenido por debajo del estándar (80-85%), lo que nos indica que no se está haciendo un uso adecuado de las camas disponibles, probablemente debido a que un porcentaje de pacientes permanece hospitalizado de 2-3 días después de la alta médica, en la mayoría de los casos por problemas económicos que impiden el pago de la hospitalización.

## RENDIMIENTO DE CAMA

Este indicador mide la utilización de una cama durante un periodo determinado de tiempo. Este indicador es una variable dependiente, es decir se ve influenciado por el promedio de estadía (aumentado por tratamientos inadecuados, ingresos innecesarios, demora en el alta de pacientes y/o ancianos y el intervalo de sustitución. Es decir a menos estadía e intervalo de sustitución, mayor índice de rotación o rendimiento, es decir, la cama será más utilizada en el periodo medido.

El estándar mensual para los Hospitales Niveles III (4 egresos/cama)

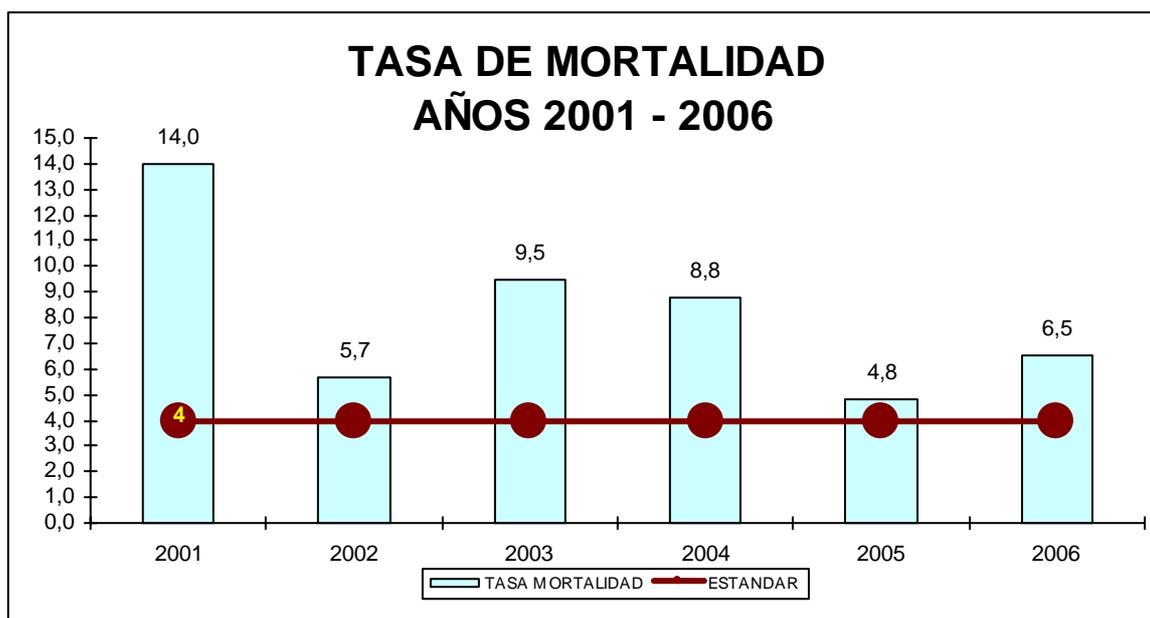
Esto implica que el Equipo Multidisciplinario plantee a la Dirección las acciones para optimizar la utilización de camas.



## TASA DE MORTALIDAD MATERNA, MORTALIDAD NEONATAL PRECOZ, MORTALIDAD BRUTA Y MORTALIDAD NETA

Se puede apreciar que la Tasa de Mortalidad Materna Hospitalaria, la Tasa de Mortalidad Neonatal Precoz, Tasa de Mortalidad Bruta y Tasa de Mortalidad Neta, se encuentran por encima de los estándares, como Hospital de Referencia se admiten casos complejos y por ende la mortalidad se eleva, además se encuentra ubicado en una zona con alta incidencia de accidentes de tránsito y atiende a una población que por sus propias características socio-culturales acuden tardamente a solicitar atención médica.

### TASA DE MORTALIDAD MATERNA

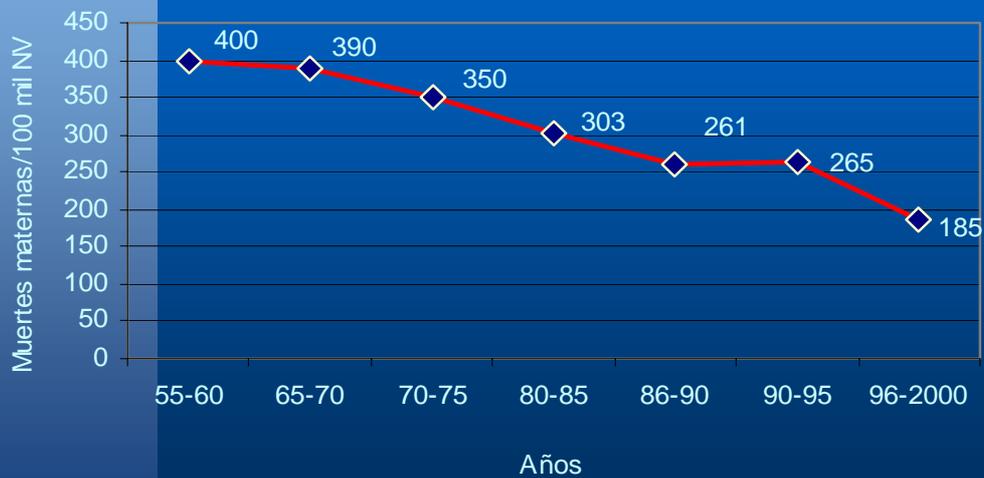


### Vigilancia epidemiológica de la muerte materna

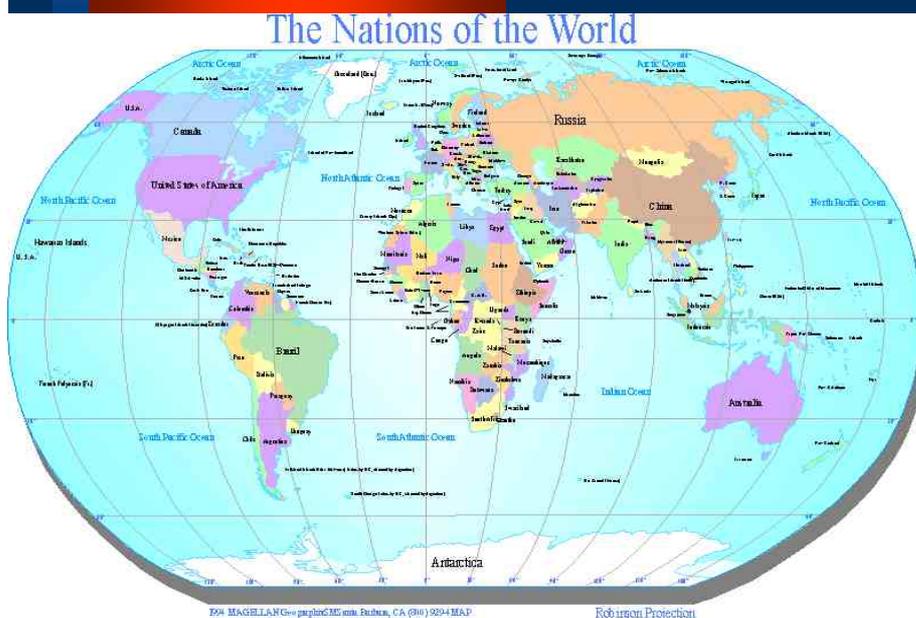
Mortalidad materna: una tragedia global

- Anualmente, 585.000 mujeres mueren por complicaciones relacionadas con el embarazo
- 99% en el mundo en desarrollo
- ~ 1% en países desarrollados

## Evolución de la Razón de Mortalidad Materna en el Perú. 1955-2000.



Fuente: INEI



## PORQUE VIGILAR LA MUERTE MATERNA??

La muerte de una madre es una de las **experiencias más traumáticas que puede sufrir una familia**. Su ocurrencia tiene un efecto devastador sobre el bienestar y equilibrio emocional de toda la familia.

Cada muerte materna afecta a la sociedad en su conjunto, produciendo un vacío en la estructura social.

Problema de la Salud Pública...!!!

Tragedia social...!!!!!!

## Vigilancia epidemiológica de la muerte materna

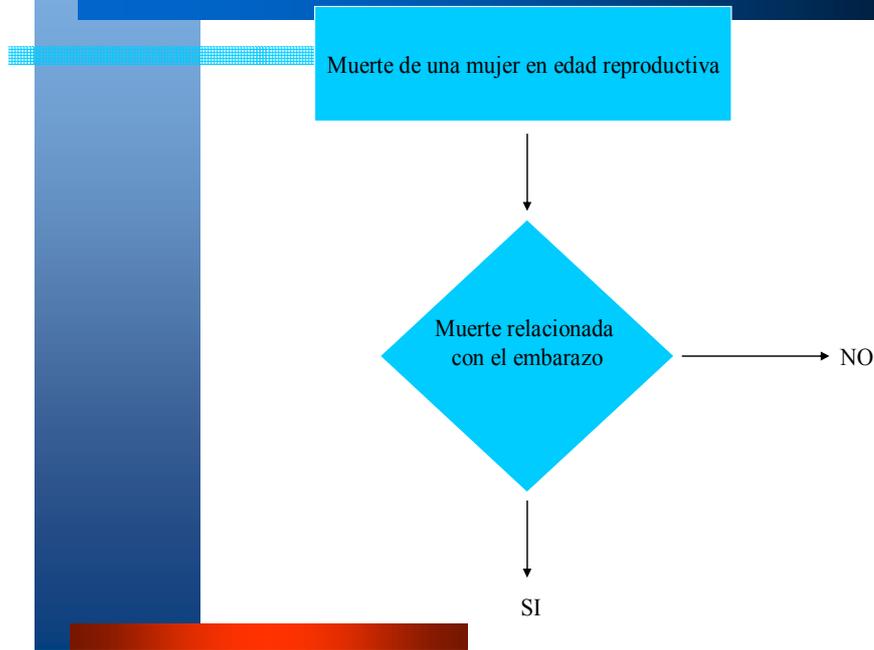
Desde marzo de 1999 se incorpora la muerte materna como evento de vigilancia epidemiológica, formando parte de los daños de notificación regular, con frecuencia semanal, a través de la red nacional de epidemiología, mediante directiva conjunta entre OGE y DGSP

Desde setiembre del mismo año se recibe información ampliada a través de la ficha de investigación epidemiológica de muerte materna

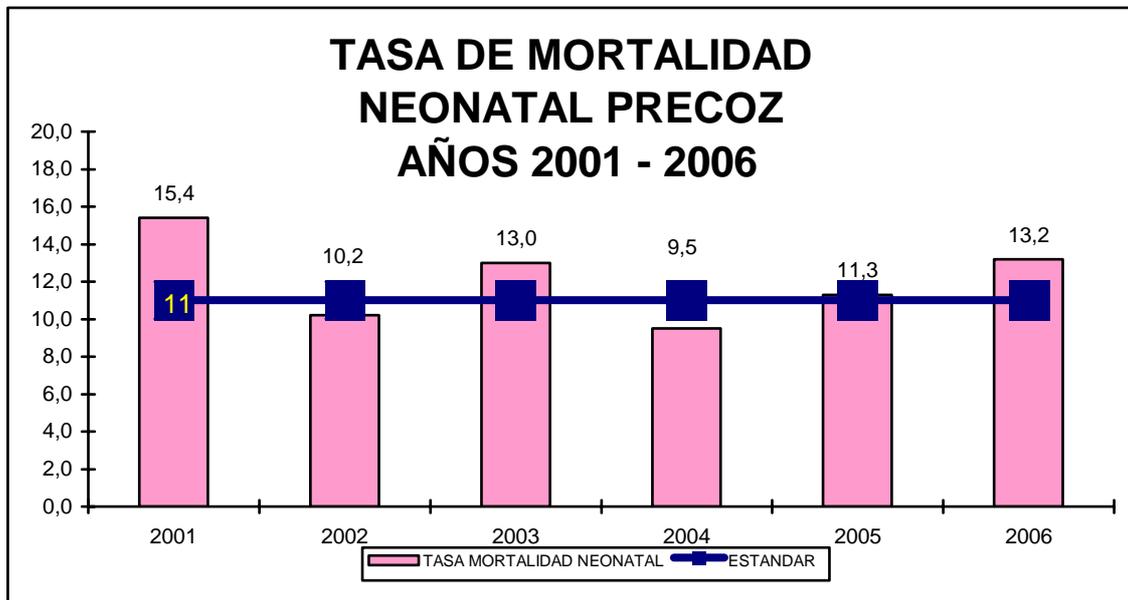
Instrumentos de recolección de información:

- Ficha de investigación epidemiológica de muerte materna
- Formato de notificación semanal

## Flujo grama de la investigación de una muerte materna



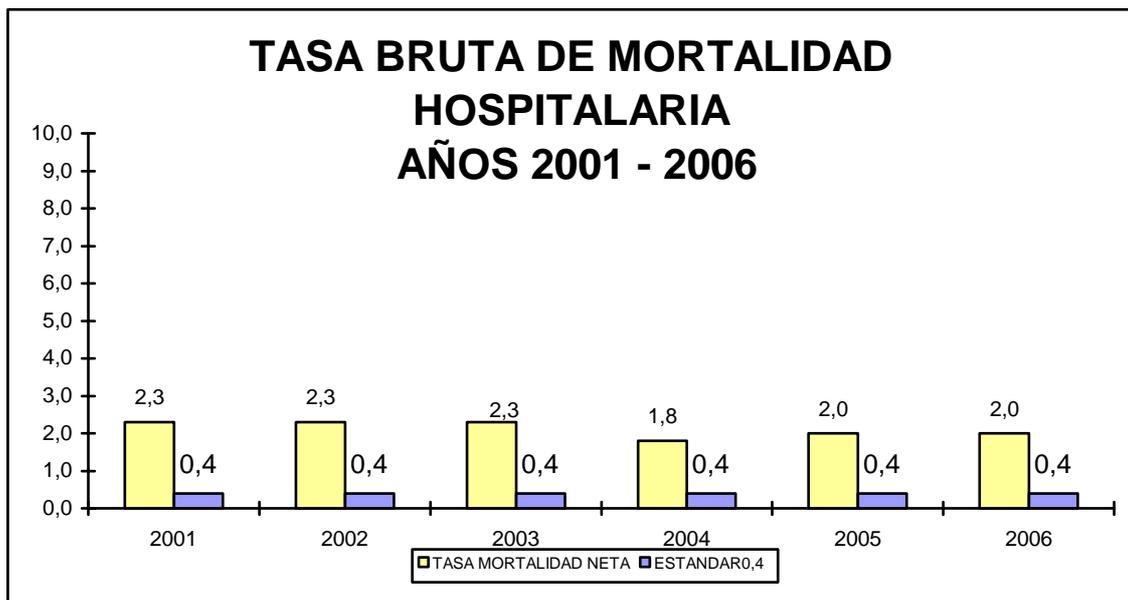
### TASA DE MORTALIDAD PRECOZ



## TASA DE MORTALIDAD NETA



## TASA DE MORTALIDAD BRUTA

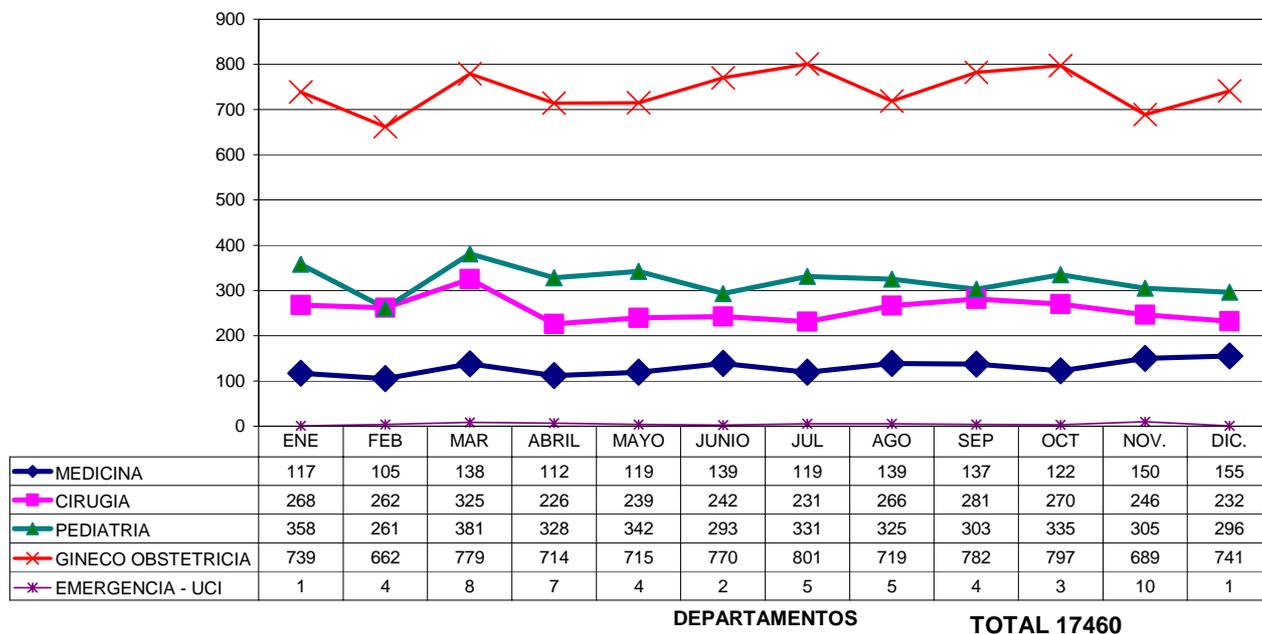


La tasa de mortalidad está elevada en relación al valor estándar. Generalmente en los países menos desarrollados la tasa de mortalidad y natalidad es más alta, mientras que en los más desarrollados la tasa de mortalidad y natalidad es más baja.

La tasa de mortalidad está inversamente relacionada con la [esperanza de vida](#) al nacer, de tal manera que cuanto más esperanza de vida tenga un individuo en su nacimiento, menos tasa de mortalidad tiene la población.

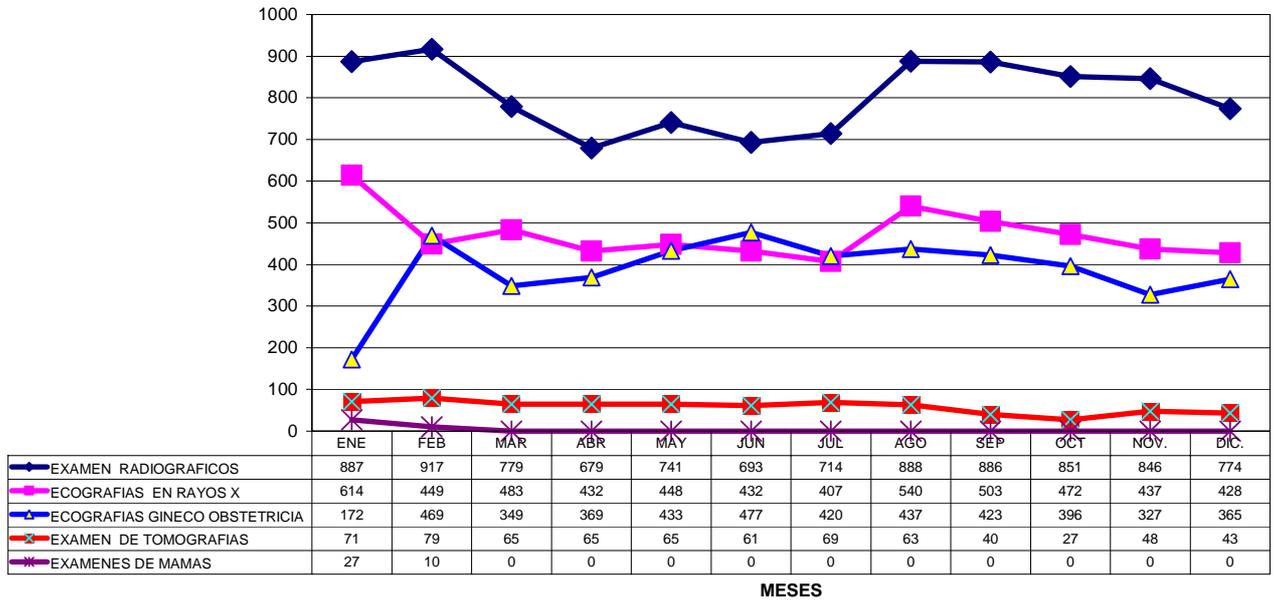
Al igual que hay tasas brutas de mortalidad hay **tasas específicas de mortalidad**, que son las tasas específicas para cada edad.

### EGRESOS HOSPITALARIOS POR DEPARTAMENTOS HOSPITAL SERGIO E. BERNALES AÑO - 2006



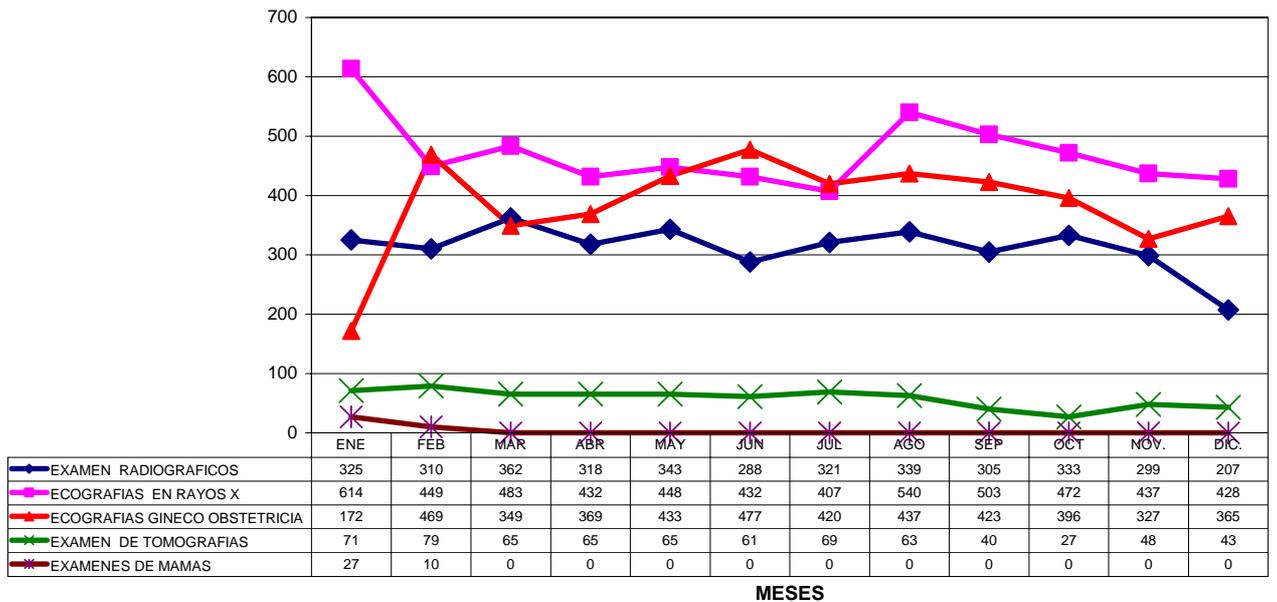
Egreso Hospitalario es la salida de un paciente luego de haber estado hospitalizado. El egreso por servicio o especialidad es el resultado de sumar los egresos por separado de cada uno de ellos. Se observa que quien más egresos ha tenido es el Departamento de Gineco-Obstetricia (8,908).

**DIAGNOSTICO POR IMÁGENES EN CONSULTA EXTERNA  
HOSPITAL SERGIO E. BERNALES  
AÑO - 2006**



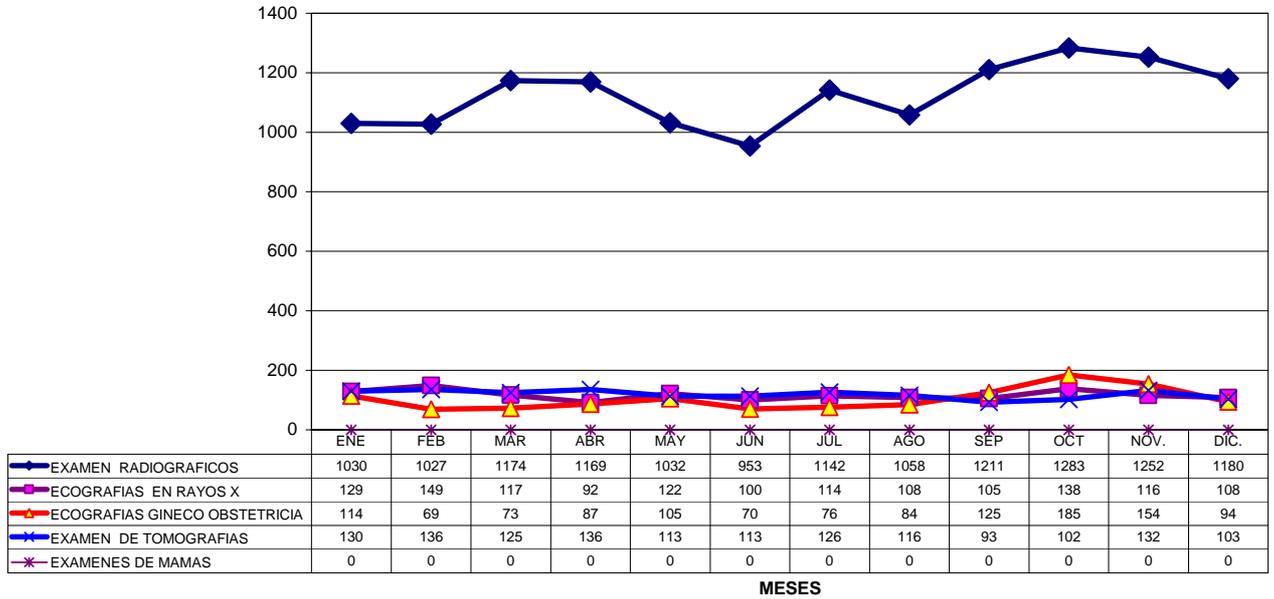
Se observa que en primer lugar son los exámenes radiográficos los más solicitados, por los profesionales.

**DIAGNOSTICO POR IMÁGENES EN HOSPITALIZACION  
HOSPITAL SERGIO E. BERNALES  
AÑO - 2006**



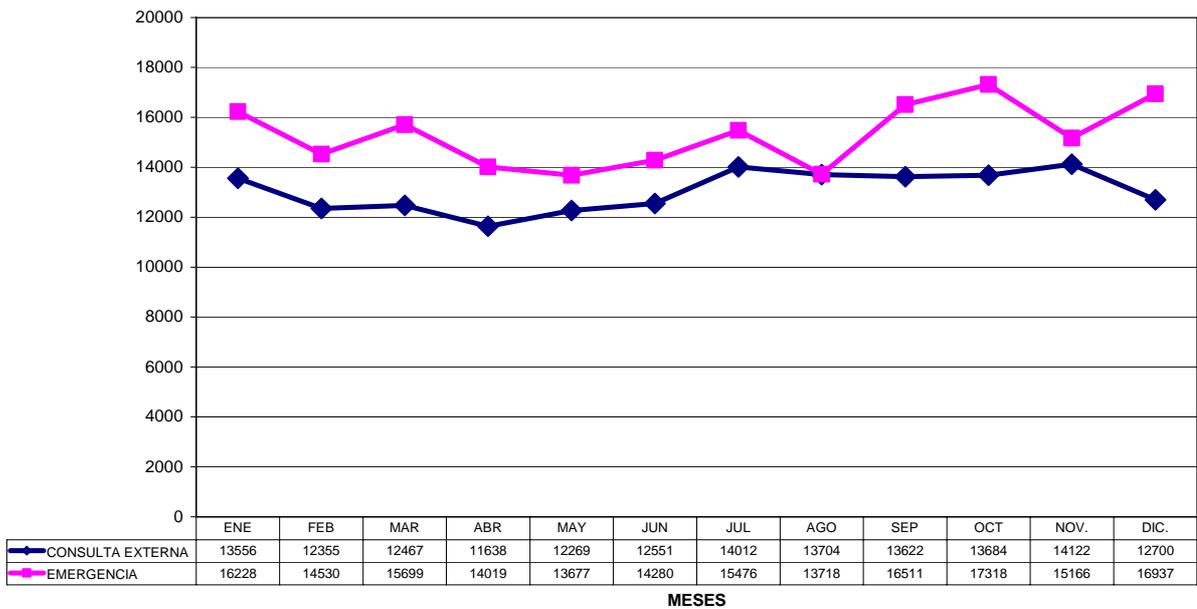
En Hospitalización por la complejidad de determinadas patologías las Ecografías son las más solicitadas.

**DIAGNOSTICO POR IMÁGENES EN EMERGENCIA  
HOSPITAL SERGIO E. BERNALES  
AÑO - 2006**



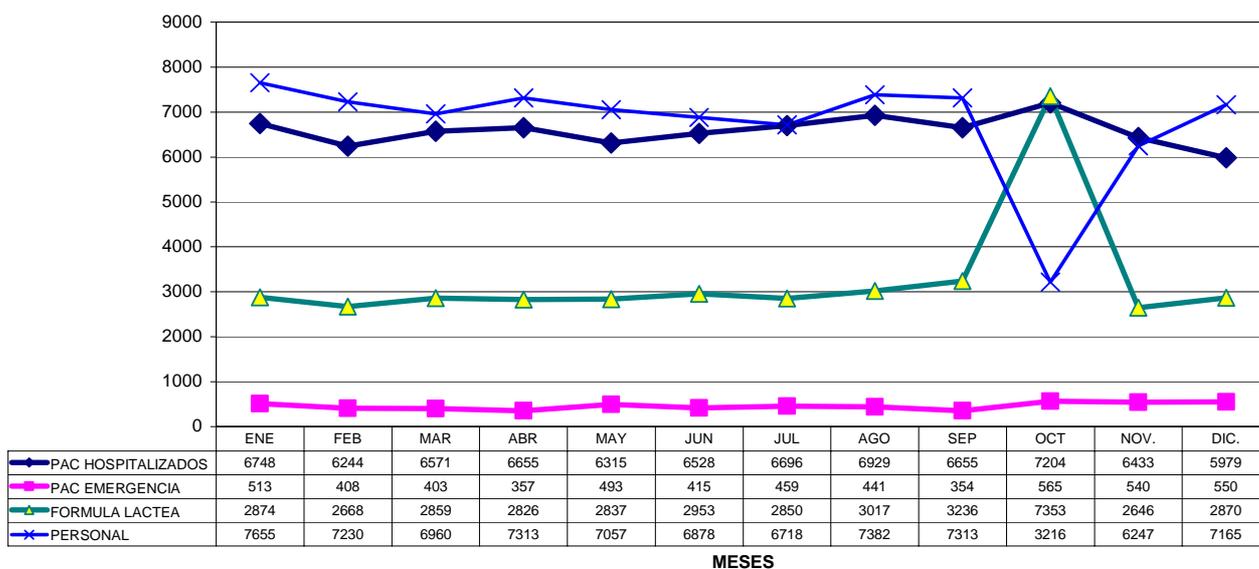
En Emergencia son las Radiografias las solicitadas como primera elección

**RECETAS DESPACHAS EN EL DEPARTAMENTO DE FARMACIA  
HOSPITAL SERGIO E. BERNALES  
AÑO - 2006**



En el Departamento de Farmacia las recetas son mayormente emitidas por el Servicio de Emergencia.

**RACIONES SERVIDAS A LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS  
Y AL PERSONAL  
HOSPITAL SERGIO E. BERNALES  
AÑO - 2006**

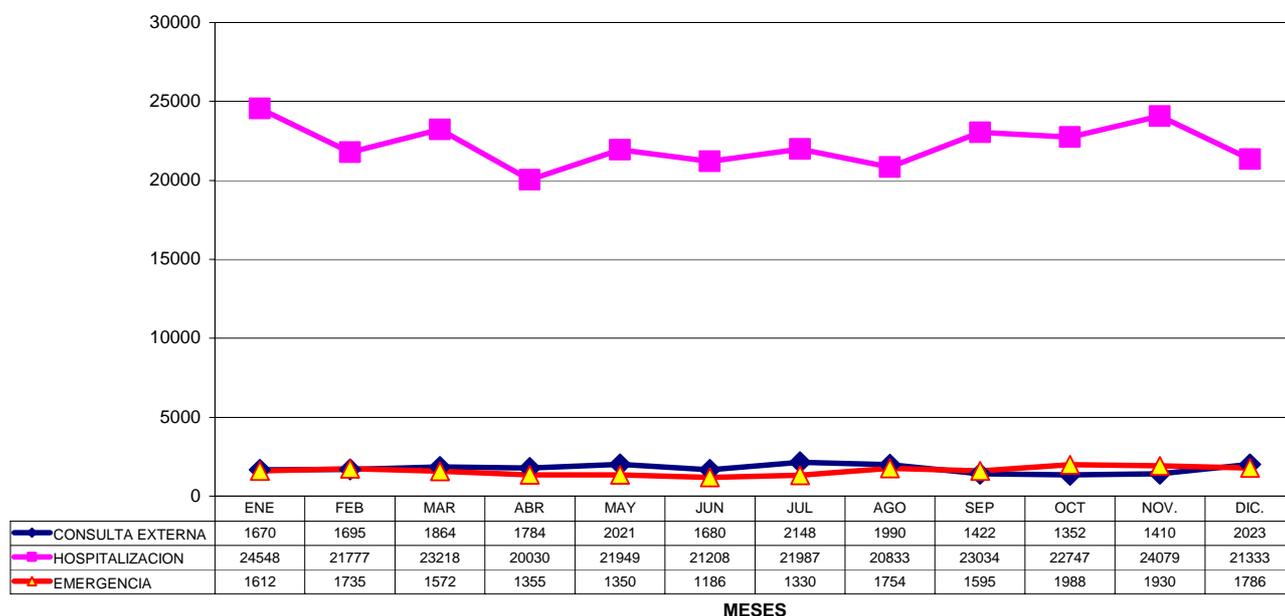


Las raciones servidas a los pacientes hospitalizados sigue una curva establecen un ligero descenso en el mes de Diciembre.

## AREA DE DIETA



**ROPA LAVADA POR KILOS EN EL SERVICIO DE LAVANDERIA  
HOSPITAL SERGIO E. BERNALES  
AÑO - 2006**



El porcentaje mayor de ropa lavada es para los diferentes Servicios de Hospitalización.

**CASOS NOTIFICADOS EN VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA  
ANUAL - 2005**

ENFERMEDADES DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	ANUAL
SARAMPION SOSPECHOSO	0
SARAMPION CONFIRMADO	0
VARICELA	85
TIFOIDEA	11
RUBEOLA	7
PARALISIS FLACIDA AGUDA	0
DIFTERIA	0
TOS FERINA	6
TETANOS	0
TETANOS NEONATAL	0
TOTAL CASOS EDA	1783
EDA EN NIÑOS < 1 AÑO	221
EDA EN NIÑOS 1 A 4 AÑOS	320
EDA EN NIÑOS DE 5 A + AÑOS	1242
EDA DISENTERICA	30
INTOXICACION POR ALIMENTOS	0
COLERA CASOS SOSPECHOSOS	0
COLERA CASOS CONFIRMADOS	0
Nº COPROCULTIVOS IV CHOLER	0
IRAS < 5 Años	4097
IRA EN NIÑOS < 1 AÑO	1740
IRA EN NIÑOS DE 1 A 4 AÑOS	2360

IRA > 5 AÑOS	3329
TOT. GENERAL IRA	7456
NEUMONIAS EN < DE 5 AÑOS	37
S.O.B. EN < 5 AÑOS	2005
CRISIS ASMÁTICA > 5 AÑOS	1939
MENINGITIS T.B.C. < 5 AÑOS	0
DESNUTRICION AGUDA < 5 AÑOS	298
MUERTE NEONATAL	96
MUERTE < 5 AÑOS	1
MALARIA FALCIPARUM	0
MALARIA VIVAX AUTOCTONOS	1
MALARIA VIVAX IMPORTADO	6
LEISHIMANIASIS	16
BRUCELOSIS	0
MENINGITIS MENINGOCICA	0
TBC BK(+) NUEVOS-HOSP.	32
SIDA - VIH (+)	14
S.I.D.A (ESTADO IV)	29
S.I.D.A (CASOS FALLECIDOS )	6
SIFILIS CONGENITA	40
SIFILIS ADULTO	59
HEPATITIS VIRAL (TODAS )	53
HEPATITIS B	0
HIPERTENCION ARTERIAL	1049
DIABETES MELLITIS	104
CONJUNTIVITIS	625
SOSPECHOSO DE RABIA	719
ACCIDENTE DE TRANSITO	1457
AGRESIONES	1660
INTOXICACIONES	118
INFECCIONES NOSOCOMIALES	127
EMBARAZOS EN ADOLES. (<19 AÑOS)	1120
NATIMUERTOS	58
MUERTE MATERNA	2
VIGILANCIA SINDROMICA	0
BROTOS EPIDEMICOS E.T.A.	0
NACIDOS VIVOS	6239
<b>TOTAL DE PARTOS</b>	<b>6238</b>
DENGUE	63
<b>TOTAL</b>	<b>46898</b>

## CASOS NOTIFICADOS EN VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA ANUAL - 2006

ENFERMEADES DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	ANUAL
SARAMPION SOSPECHOSO	0
SARAMPION CONFIRMADO	0
VARICELA	43
RUBEOLA	1
PARALISIS FLACIDA AGUDA	0
DIFTERIA	0
TOS FERINA	4
TETANOS	0

TETANOS NEONATAL	0
TOTAL CASOS EDA	2174
EDA EN NIÑOS < 1 AÑO	202
EDA EN NIÑOS 1 A 4 AÑOS	313
EDA EN NIÑOS DE 5 A + AÑOS	1628
EDA DISENTERICA	7
INTOXICACION POR ALIMENTOS	6
COLERA CASOS SOSPECHOSOS	0
COLERA CASOS CONFIRMADOS	0
Nº COPROCULTIVOS IV CHOLER	0
IRAS < 5 Años	4385
IRA EN NIÑOS < 1 AÑO	1941
IRA EN NIÑOS DE 1 A 4 AÑOS	2450
IRA > 5 AÑOS	2345
TOT. GENERAL IRA	6730
NEUMONIAS EN < DE 5 AÑOS	47
S.O.B. EN < 5 AÑOS	2322
CRISIS ASMÁTICA > 5 AÑOS	2327
MENINGITIS T.B.C. < 5 AÑOS	0
DESNUTRICION AGUDA < 5 AÑOS	320
MUERTE NEONATAL	113
MUERTE < 5 AÑOS	0
MALARIA FALCIPARUM	0
MALARIA VIVAX AUTOCTONOS	0
MALARIA VIVAX IMPORTADO	6
LEISHMANIASIS	0
BRUCELOSIS	3
MENINGITIS MENINGOCICA	0
TBC BK(+) NUEVOS-HOSP.	37
SIDA - VIH (+)	9
S.I.D.A (ESTADO IV)	28
S.I.D.A (CASOS FALLECIDOS )	5
HEPATITIS VIRAL (TODAS )	59
HEPATITIS B	2
HIPERTENCION ARTERIAL	1040
DIABETES MELLITIS	327
CONJUNTIVITIS	707
SOSPECHOSO DE RABIA	845
ACCIDENTE DE TRANSITO	1638
AGRESIONES	1578
INTOXICACIONES	128
INFECCIONES NOSOCOMIALES	82
EMBARAZOS EN ADOLES. (<19 AÑOS)	1132
NATIMUERTOS	58
MUERTE MATERNA	4
VIGILANCIA SINDROMICA	1
BROTOS EPIDEMICOS E.T.A.	0
NACIDOS VIVOS	6076
<b>TOTAL DE PARTOS</b>	<b>6214</b>
SIFILIS CONGENITA	32
SIFILIS ADULTO	36
DENGUE	15
TIFOIDEA	17
<b>TOTAL</b>	<b>47437</b>

# INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Antes del año 1998 no se conocía la morbilidad y mortalidad de IIH en forma objetiva de las Infecciones Intrahospitalarias.

Aumentando los costos hospitalarios y costos individuales de personas que costeaban su salud se evidenciaba aumento de las complicaciones infecciones infecciosas y no infecciosas, de probable manejo no de acuerdo a estándar de ciencias. Se evidenciada prolongación del tiempo de permanencia hospitalaria de los pacientes.

El impacto sico social en los pacientes y sus familiares. La falta de datos basales a nivel de todos los indicadores hospitalarios y en especial de las Infecciones Intrahospitalarias que facilitan medir las intervenciones.

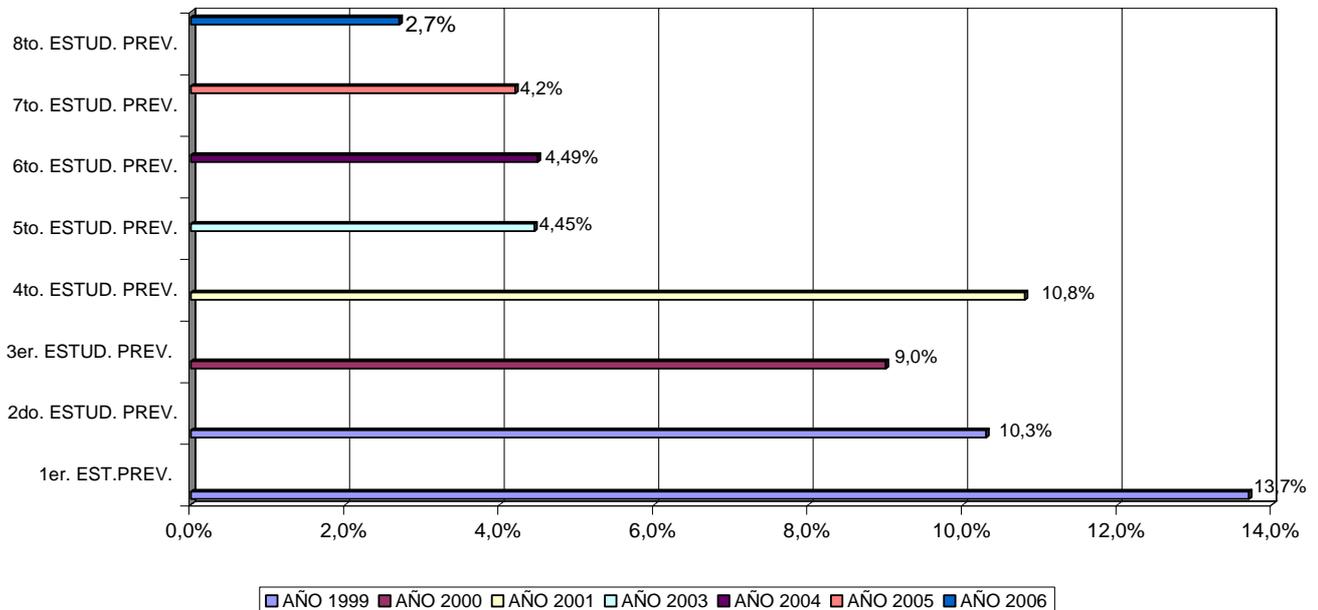
Falta de Uso Racional de A.T.B. a nivel de todos los servicios que falta de mapas microbiológicos.

Las Infecciones Intrahospitalarias son consideradas hechos de carácter medico legal por manejo inadecuado en los pacientes en la Institución.

## • OBJETIVOS:

- Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias
- Estudio de detección, control de brotes epidemiológicos en los servicios vigilados medidas de intervención respectivas.

### ESTUDIO DE PREVALENCIA DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS AÑOS 1999 - 2006



El estudio de Prevalencia de Infecciones Intrahospitalarias se realiza con frecuencia en los Servicios Críticos en donde las tasas son altas

Las infecciones intrahospitalarias es un problema actual y en constante evolución en todo el mundo. Es muy importante por que nos ayuda a medir las necesidades y tendencias que

puede tener en el hospital en el aumento o disminución de las Infecciones Intrahospitalarias. Datos provenientes de países desarrollados sugieren que el riesgo de padecer una infección intrahospitalarias oscilo entre 15 a 25% durante la estancia hospitalaria. La infecciones intrahospitalarias esta condicionada a las particularidades del ambiente hospitalario cada vez mas complejo las características de la ecología microbiana desde los gérmenes que son mas resistentes y los pacientes mas susceptibles a adquirir infecciones por la disminución de su inmunidad y por procedimientos de riesgo de los cuales están sometidos.

En el Reino Unido la primera enfermera dedicada al control de infecciones fue nombrada a principios de la década de 1970, marcando el comienzo de una nueva era el reconocimiento del control de infecciones como una especialidad en si misma.

Los programas adecuados desarrollan normas integrados a la práctica clínica para asegurar la buena calidad del cuidado de los pacientes disminuyendo la morbilidad y la mortalidad por infecciones así como en la reducción de los costos.

#### **TODO ESTUDIO DE PREVALENCIA TIENE COMO OBJETIVOS:**

1. Determinar la Prevalencia de las Infecciones Intrahospitalarias en el Hospital Sergio E. Bernales.
2. Determinar las Infecciones Intrahospitalarias mas frecuentes.
3. Conocer los servicios con mayor riesgo con Infecciones Intrahospitalarias.
4. Determinar que factores mas frecuentes que están asociados a la presencia de Infecciones Intrahospitalarias.
5. Determinar tipos de gérmenes que se presentan con mayor frecuencia en las Infecciones Intrahospitalarias.

#### **METODOLOGIA:**

La metodología que se aplica orresponde a un estudio de tipo observacional – transversal. Se procede a recoger la información acerca de todos los pacientes que se encuentren internados en el hospital durante el periodo, en el cual se realice el estudio de prevalencia de Infecciones Intrahospitalarias, teniendo encuesta a todos los pacientes hospitalizados con mas de 48 horas. La fuente de información principal es la historia clínica del paciente hospitalizado. Se toman fuentes complementarios tales como los reportes Médicos, Exámenes Auxiliares, Kardex de Enfermería, etc.

El estudio tiene cinco etapas:

**I. ETAPA DE PREPARACION:**

**II. ETAPA DE RECOPIACION**

**III. ETAPA DE PROCESAMIENTO**

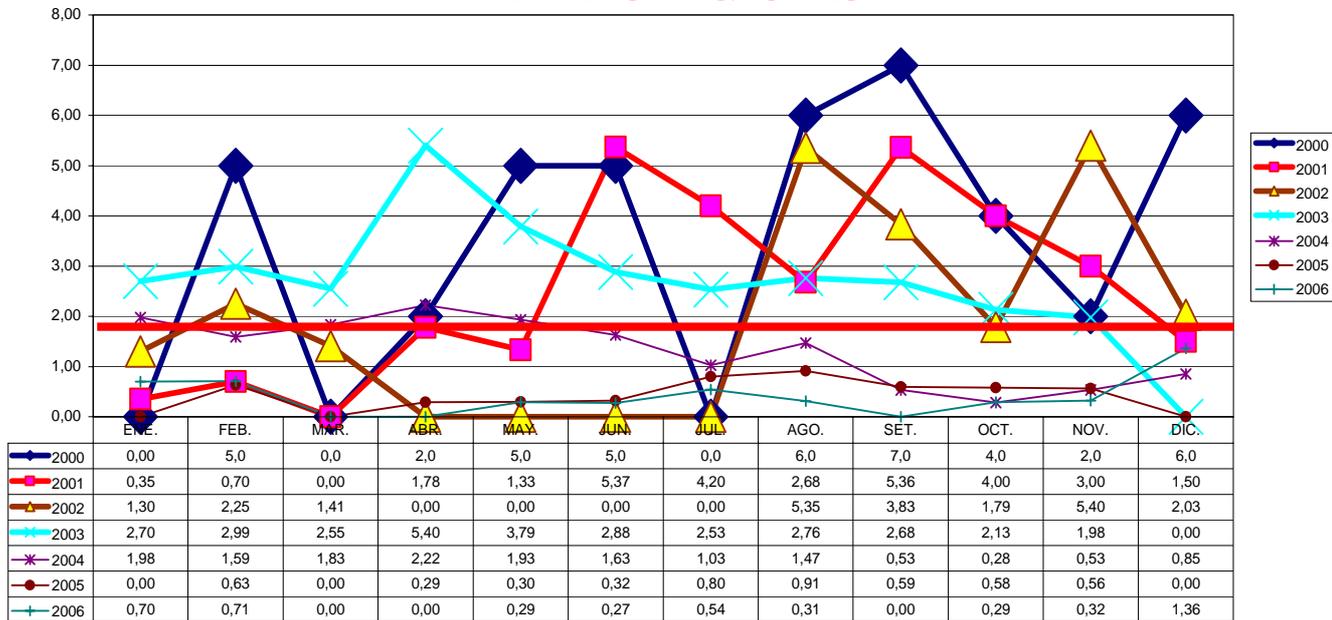
**IV. ETAPA DE ANALISIS**

**V. ETAPA DE CULMINACION DEL ESTUDIO**

**INDICADORES EPIDEMIOLOGICOS:**

- Indicadores generales de Infecciones Intrahospitalarias
- Tipo de Infección y Servicio.
- Características: Según edad y sexo pacientes con IIIH.
- Edad promedio de pacientes que ingresaron al estudio de prevalencia de infecciones intrahospitalarias.
- Prevalencia de Infectados según servicio.
- Prevalencia de Infecciones según servicio.
- Factores Intrínsecos.
- Factores Extrínsecos.
- Según tipo de Cirugía previa.

VIGILANCIA DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS  
 ENDOMETRITIS POR PARTO VAGINAL  
 AÑOS 2000 - 2006  
 HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

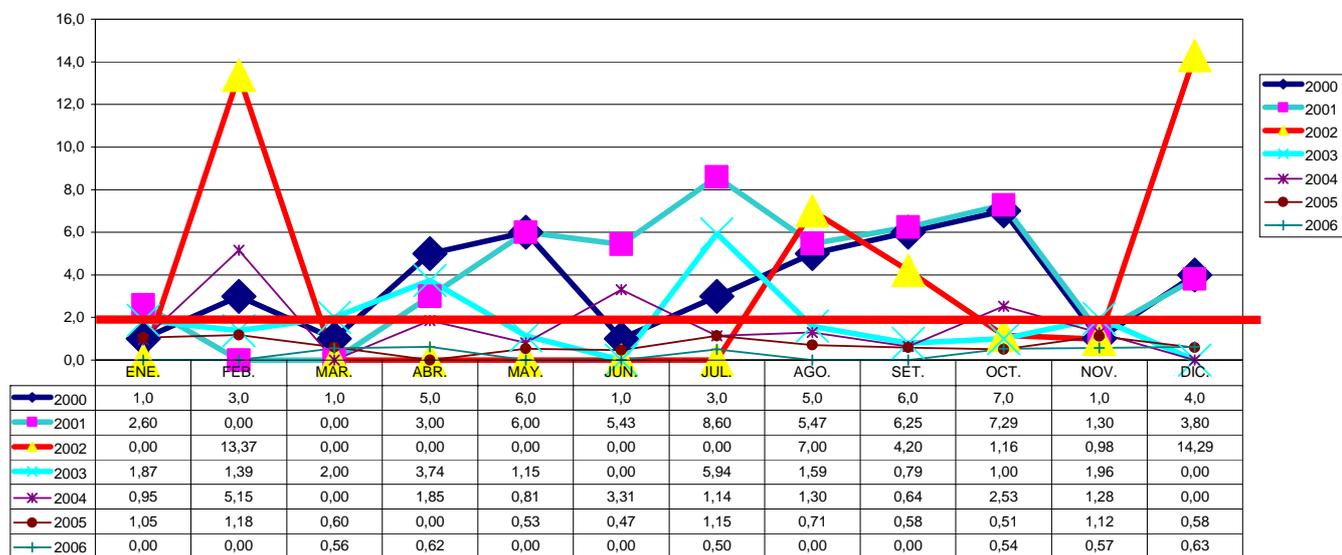


\* Valores Estadares es 1,5 x 100 partos vaginales  
 FUENTE: COMITÉ DE IIH – OFICINA DE EPIDEMIOLOGIA

Las Endometritis por Parto Vaginal son altas en relación al estandar establecido pero han ido en decreciendo, mejorando la calidad del Servicio. La endometritis, es una infección del útero generalmente asociada tanto al parto vaginal como a cesárea. Se caracteriza por la aparición de fiebre, en general en las primeras horas después del parto, y puede tener también dolor abdominal, inflamación, sub-involución uterina y loquios de mal olor. El inicio de la infección es precoz, se presentaron dentro de los primeros 7 días, Entre sus complicaciones más graves están bacteremia secundaria, shock séptico y muerte y, con frecuencia se requiere la histerectomía como parte de su manejo. El uso de profilaxis con antimicrobianos y técnica aséptica durante el parto o cesárea ha disminuido las tasa de endometritis a cifras menores a 2%.

Su diagnóstico es generalmente clínico .A pesar que la endometritis puede ser causada por un agente único, en general, se trata de infecciones polimicrobianas . La identificación de un agente etiológico ocurre en menos del 30%.

VIGILANCIA DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS  
 ENDOMETRITIS POR PARTO POR CESAREA  
 AÑOS 2000 - 2006  
 HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

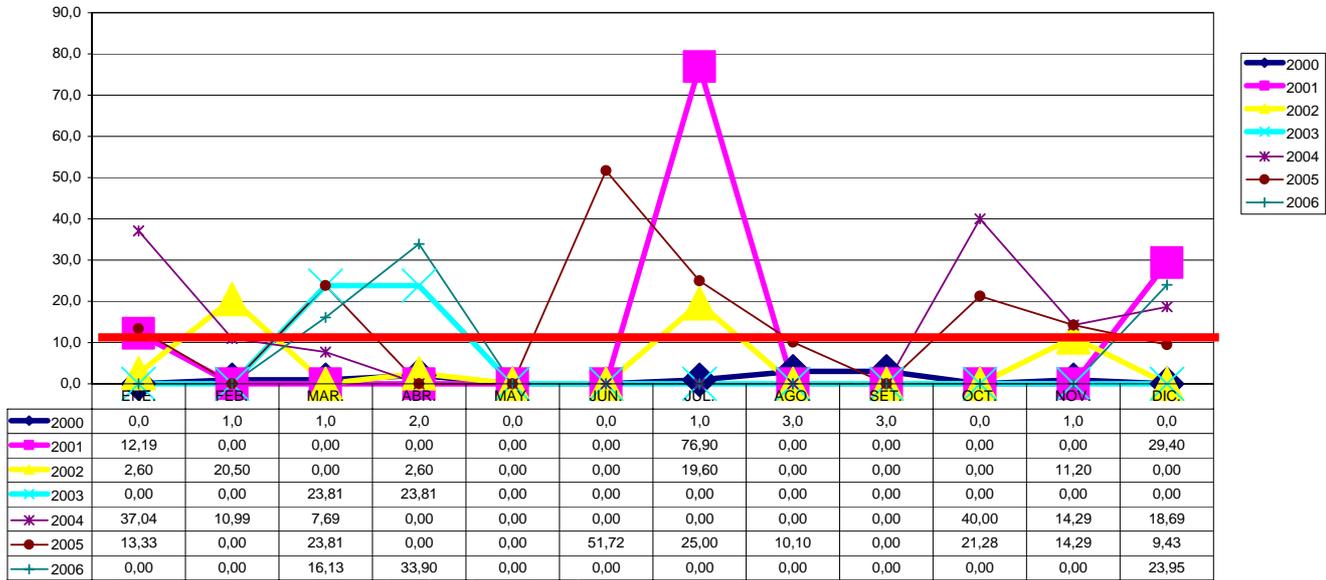


\* Valores Estadares es 1,3 x 100 Cesareas  
 FUENTE: COMITÉ DE IIH – OFICINA DE EPIDEMIOLOGIA

En las endometritis por Parto por cesárea hay que tener en cuenta factores de riesgo asociados a prácticas de atención de la Salud.

Factores de riesgo asociados al hoperero	Factores de riesgo asociados a la atención en salud
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bajo nivel socioeconómico</li> <li>• Anemia</li> <li>• Rotura prolongada de membranas</li> <li>• Vaginosis bacteriana</li> <li>• Corioamnionitis</li> <li>• Edad gestacional pretérmino</li> <li>• Menor edad materna</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabajo de parto prolongado</li> <li>• Número de tactos vaginales desde el inicio del trabajo de parto</li> <li>• Extracción manual de placenta</li> <li>• Cesárea con trabajo de parto</li> <li>• Cesárea</li> <li>• Monitoreo fetal interno</li> <li>• Instrumentación uterina</li> <li>• Atención de cesárea sin antimicrobianos</li> </ul>

VIGILANCIA DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS  
 CATETER URINARIO PERMANENTE EN MEDICINA  
 AÑOS 2000 - 2006  
 HOSPITAL SERGIO E. BERNALES



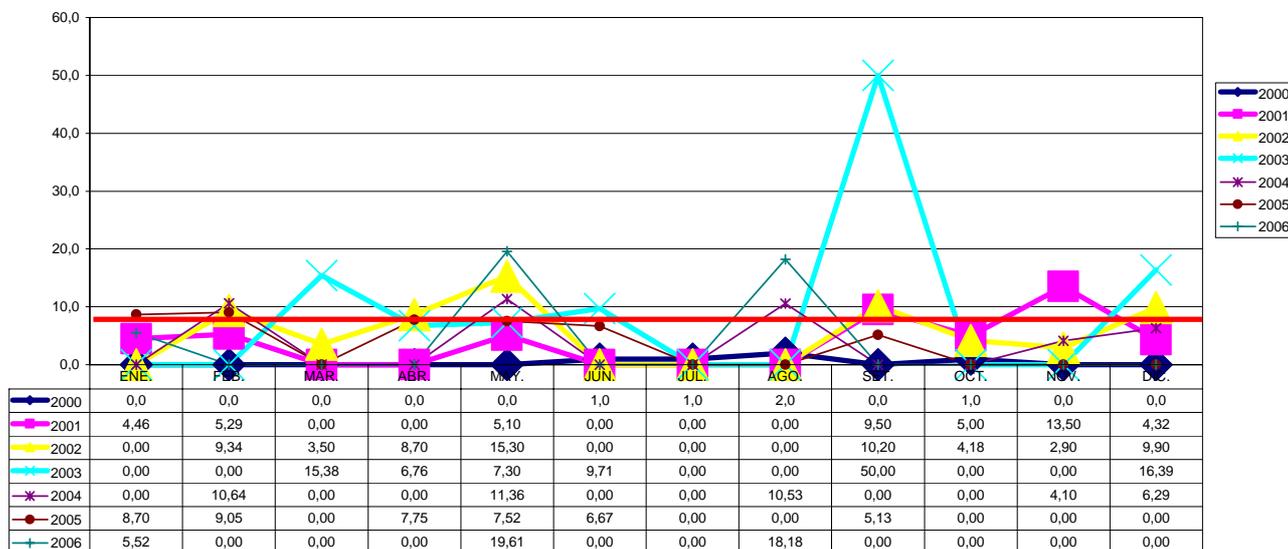
\* Valores estandares es 9,3 x 1000 días Cateterización  
 FUENTE: COMITÉ DE IIH – OFICINA DE EPIDEMIOLOGIA

Esta es la infección nosocomial más común; 80% de las infecciones son ocasionadas por el uso de una sonda vesical permanente. Las infecciones urinarias causan menos morbilidad que otras infecciones nosocomiales pero, a veces, pueden ocasionar bacteriemia y la muerte. Las infecciones suelen definirse según criterios microbiológicos: cultivo cuantitativo de orina con resultados positivos ( $\geq 10^5$  microorganismos/ml, con aislamiento de 2 especies microbianas, como máximo).

Las bacterias causantes provienen de la flora intestinal, ya sea normal (*Escherichia coli*) o contraída en el hospital (*Klebsiella* polifarmacorresistente).

Las tasas son altas en relación a los estandares establecidos como en Enero del 2003 y Diciembre del 2006.

VIGILANCIA DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS  
 CATETER URINARIO PERMANENTE EN CIRUGIA  
 AÑOS 2000 - 2006  
 HOSPITAL SERGIO E. BERNALES



\* Valores estandares es 8,0 x 1000 días Cateterización  
 FUENTE: COMITÉ DE IIH – OFICINA DE EPIDEMIOLOGIA

- Las infecciones urinarias nosocomiales en pacientes con sonda vesical y/o instrumentación urológica son una de las causas mas prevalentes dentro de las infecciones intrahospitalarias y de bacteremias por gram negativo
- Las infecciones que aparecen con el cateterismo son causadas por bacteremias de la propia flora del paciente o por microorganismos hospitalarios; estos invaden fácilmente el tracto urinario inferior
- Son menores las complicaciones graves cuando se toman todas las medidas de control indicadas .

Indicación de cateterismo vesical

- Los catéteres urinarios se pueden emplear para vaciar la vejiga (catéter intermitente) ,por un periodo corto o largo ( permanente)
- La cateterización urinaria debe ser indicada por
- un tiempo mínimo necesario.
- La instalación y mantención del catéter debe efectuarse por personal profesional capacitado.
- El material y los fluidos usados en los procedimientos deben ser estériles.
- Retención de orina
- Medición de diuresis horaria

- Obstrucción de las vías urinarias
- Retención en paciente con analgesia
  - Cateterismo intermitente
    - Residuo post-miccional
    - Vejiga neurogenica.
  - Cateterismo aislado
    - Aliviar la retención urinaria aguda
    - Toma de muestra (urocultivo)

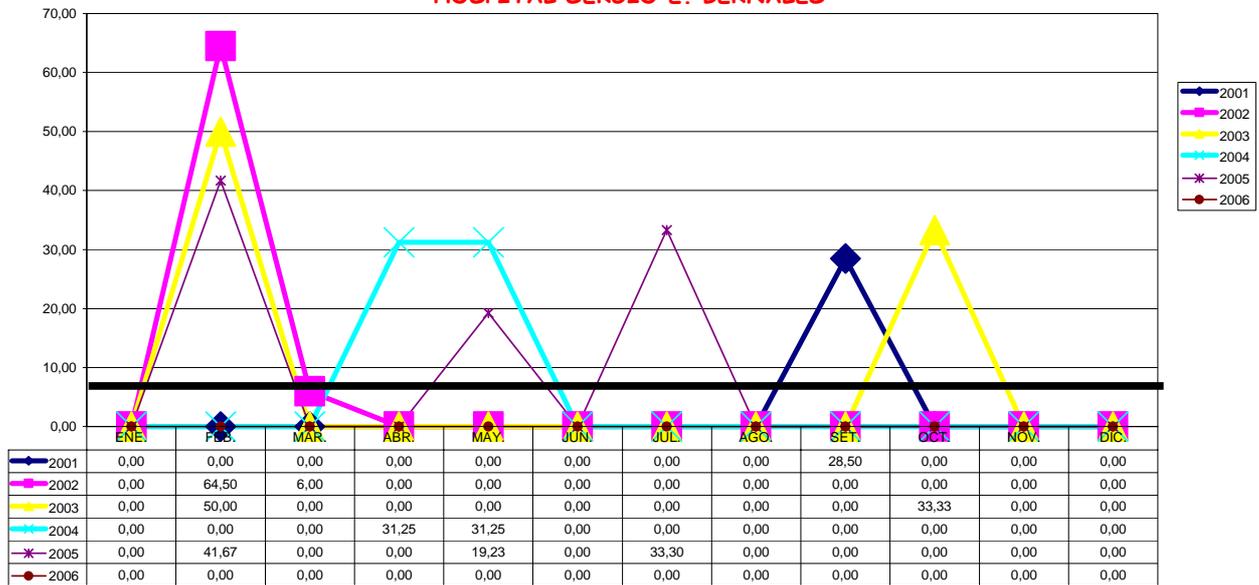
### Instalacion de cateter urinario

- Equipo:



- Sonda Foley (fr 6 y 8)
- Guantes estériles
- Compresas estériles
- Lubricante estéril
- Solución jabonosa
- Jeringa estéril
- Agua destilada estéril
- Algodón para aseo
- Tela adhesiva
- Papel
- Bolsa recolectora de orina.

VIGILANCIA DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS  
ASOCIADO CATETER VENOSO CENTRAL EN UCI  
AÑOS 2001 - 2006  
HOSPITAL SERGIO E. BERNALES



\* Valores estandares es 4,4 x 1000 días Cateter Venoso Central  
FUENTE: COMITÉ DE IIH – OFICINA DE EPIDEMIOLOGIA

Los catéteres venosos centrales (cvc) son tan utilizados en las Unidades de Cuidados Intensivos que, en la actualidad, todos los pacientes ingresados en dichas unidades son portadores de uno o más catéteres.

Su utilidad tanto para administración de fármacos y soluciones terapéuticas como para monitorización hemodinámica es obvia, pero **el precio es el riesgo de producir infección nosocomial local o sistémica.**

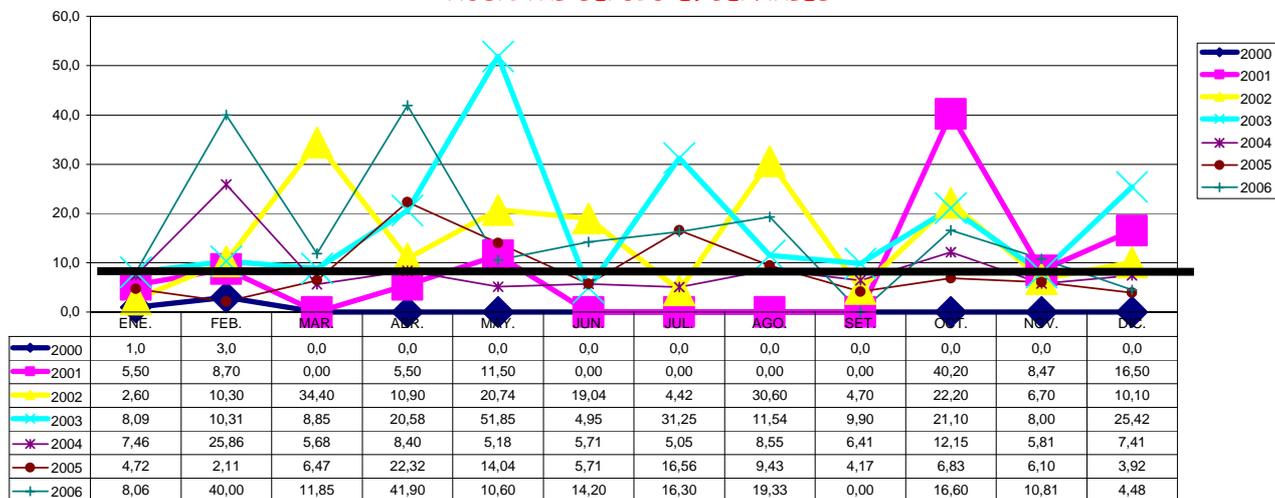
Dentro de este marco , el personal de enfermería juega un papel muy importante en relación con la incidencia de las infecciones nosocomiales asociadas a catéter por su directa implicación en el cuidado de los mismos desde su colocación a la retirada.

El personal de enfermería comparte con el personal médico la responsabilidad de la aplicación y cumplimiento de las medidas de asepsia en la colocación de los catéteres y asume toda la responsabilidad en el cuidado aséptico del punto de punción y en las diversas manipulaciones asépticas de las líneas de perfusión (llaves , equipos, soluciones a perfundir, etc.) y por último es responsable de la valoración de los signos de infección local y /o sistémica así como de la toma de muestra rigurosa que asegure unos resultados microbiológicos reales y fiables.

Los resultados serán óptimos si se dispone de equipos entrenados que conozcan y cumplan el protocolo de colocación y mantenimiento de catéteres venosos . Pueden ser utilizados por varios pacientes, incluyendo los de cuidados intensivos, los quirúrgicos y los oncológicos, además de cualquier persona que necesite NTP, reposición de líquidos, o transfusiones sanguíneas.

Aún los valores son elevados de acuerdo a los valores establecidos pero el valor más alto fue en el año 2002.

VIGILANCIA DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS  
 CATETER VENOSO PERIFERICO  
 AÑOS 2000 - 2006  
 SERVICIO DE NEONATOLOGIA  
 HOSPITAL SERGIO E. BERNALES



\* Valores estandares es 5,3 x 1000 días Exposicion a Cateter Venoso Periferico  
 FUENTE: COMITÉ DE IIIH – OFICINA DE EPIDEMIOLOGIA

La utilización de catéteres intravasculares con fines diagnósticos o terapéuticos es cada vez más frecuente, especialmente en pacientes en situación crítica o con patologías agudas o crónicas graves. Las infecciones asociadas a catéteres constituyen la principal causa de bacteriemia nosocomial y están relacionadas con una alta morbilidad y mortalidad, prolongación de estancias hospitalarias y aumento de costos.

El Estafilococo coagulasa negativo es la causa más común de bacteriemia y sepsis nosocomial, principalmente en neonatos menores de 1.000g con cateterización venosa central y nutrición parenteral y se asocia a una elevada morbilidad y mortalidad.

La Candida sp. se está convirtiendo en un microorganismo importante, especialmente en recién nacidos de muy bajo peso, debido a factores como la cateterización venosa prolongada, antibioticoterapia y administración de NTP.

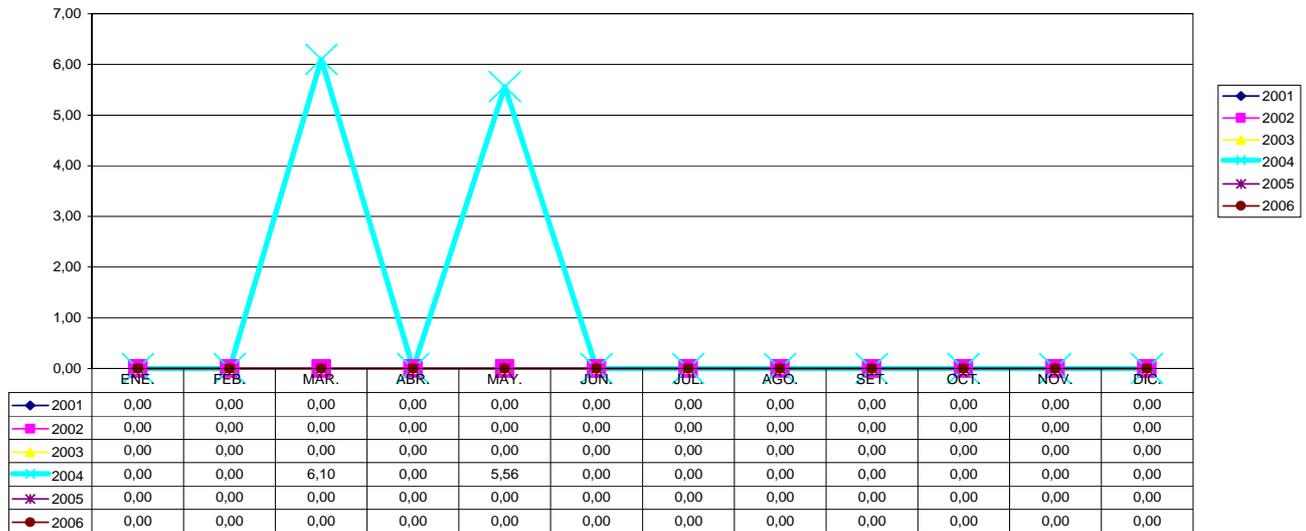
El Enterobacter sp. ha surgido como microorganismo gram negativo significativo en la UCIN. Se ha descrito como agente causal de infecciones epidémicas, debido a la resistencia a la terapia antimicrobiana.

En el cuadro observamos valores elevados en relación a valores estandar, lo que implica que se deben tomar las medidas básicas de Bioseguridad para poder bajar y llegar a condiciones óptimas.

Según estudios realizados en el cuadro que se anexa están los gérmenes más comunes causantes de bacteriemias por el uso de cateter periférico en neonatos.

MICROORGANISMO	CATÉTER PERIFÉRICO	CATÉTER CENTRAL	INFUSIÓN IV CONTAMINADA	HEMODERIVADOS CONTAMINADOS
Staphylococcus aureus	▲	▲		
Estafilococo coagulasa negativo	▲	▲		
Enterococcus faecalis		▲		
Corynebacterium sp		▲		
Klebsiella sp		▲	▲	
Enterobacter sp		▲	▲	
Serratia sp			▲	▲
Pseudomonas aeruginosa		▲		▲
Pseudomonas cepacia		▲	▲	
Pseudomonas acidovorans			▲	
Chantomonas maltophilia			▲	
Pseudomonas pikettii			▲	
Citrobacter sp			▲	
Flavobacterium sp			▲	▲
Salmonella sp				▲
Yersinia				▲
Achromobacter sp				▲
Mycobacterium sp		▲		
Candida sp	▲	▲	▲	
Candida tropicalis				▲
Trichophyton beighi		▲		
Malacsezia furfur		▲		
Fursarium sp		▲		

VIGILANCIA DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS ASOCIADO A CATETER  
VENOSO PERIFERICO PEDIATRIA  
AÑOS 2001 - 2006  
HOSPITAL SERGIO E. BERNALES



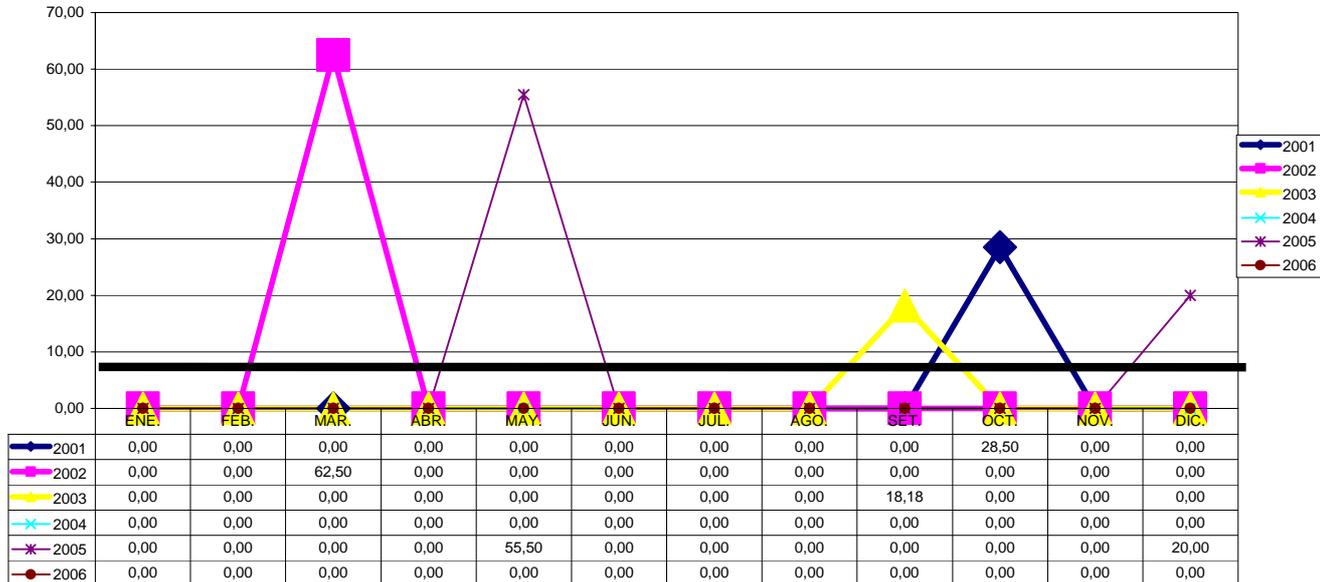
FUENTE: COMITÉ DE IIH – OFICINA DE EPIDEMIOLOGIA

Con el objetivo de identificar factores de riesgo de adquisición de bacteriemias intranosocomiales en niños se han realizado diversos estudios en otros países con la finalidad de identificar factores de riesgo y evitar las infecciones nosocomiales.

En el cuadro se observan brotes de infección nosocomial durante el año 2004.

En estudios realizados se estableció que los niños que permanecían internados en las salas de Cuidados Intermedios y Moderados, que tenían el antecedente de tratamiento antibiótico previo, algún procedimiento invasivo, y la ausencia de cirugía tenían mayor riesgo de adquirir Bacteriemia Intranosocomial. Dentro de los factores que favorecen la aparición de Bacteriemias ,están los dependientes del huésped y de los procedimientos invasivos y/o terapéuticos a que son sometidos los pacientes..

VIGILANCIA DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS  
ASOCIADO CATETER VENOSO CENTRAL CIRUGIA  
AÑOS 2001 - 2006  
HOSPITAL SERGIO E. BERNALES



\* Valores estandares es 4,4 x 1000 días Cateter Venoso Central

FUENTE: COMITÉ DE IIH – OFICINA DE EPIDEMIOLOGIA

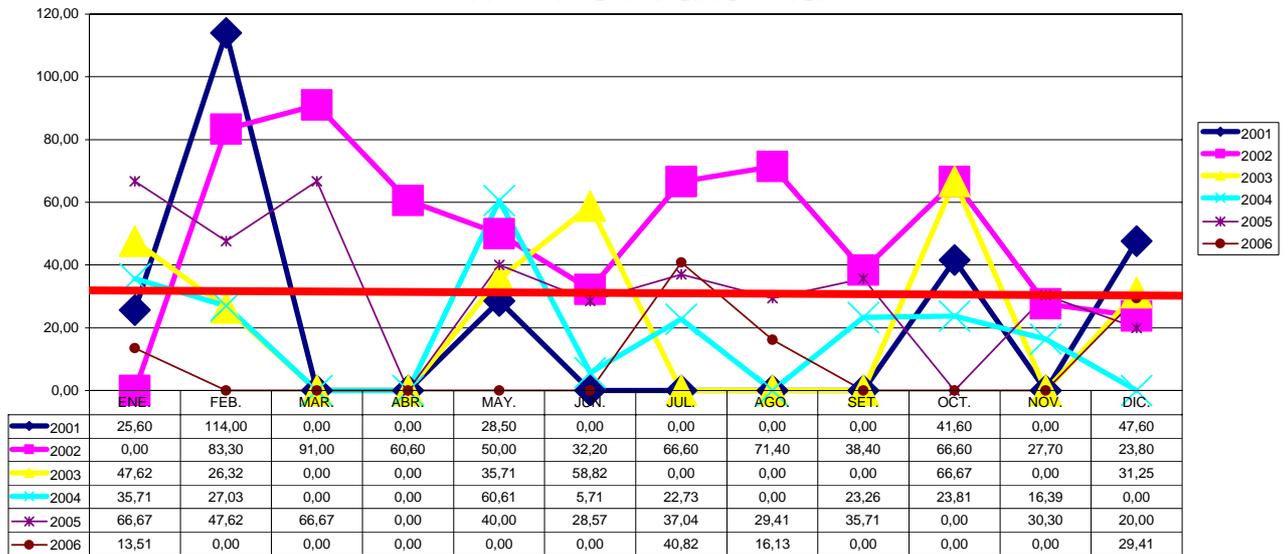
Se observa que durante los años 2001, 2002 y 2005 los valores estuvieron altos en relación al estandar establecido esto por causas conocidas.

Si se tiene en cuenta que a estancias más prolongadas, mayor probabilidad de IIH, se ajustaron las tasas por tiempo de estancia hospitalaria de los pacientes. El mayor riesgo observado en Cirugía General, servicio que aporta una cuarta parte del total de las IIH, se explica por la mayor concurrencia de pacientes más vulnerables y más manipulados en tales servicios. Además, se sabe que el riesgo de adquirir IIH se relaciona claramente con el motivo de la hospitalización y con la enfermedad subyacente y que los enfermos admitidos al hospital con enfermedades fatales tienen una tasa de IIH de 24% comparada con 2% en los casos no fatales.

Las infecciones de herida quirúrgica (IHQ) representaron la primera causa de IIH, con tendencia estable.

En los países en desarrollo la prolongación de la estancia, los índices bajos de infección de heridas contaminadas y sucias que son probablemente reflejo de subregistro por la gran dificultad que ofrece el subprograma de vigilancia de heridas quirúrgicas. Se estima que con un buen sistema de vigilancia dentro de cada Servicio y buenas practicas es posible reducir hasta en 35% las Infecciones Intrahospitalarias.

VIGILANCIA DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS  
 VENTILADOR MECANICO UCI  
 AÑOS 2001 - 2006  
 HOSPITAL SERGIO E. BERNALES



\* Valores estandares es 28,9 x 1000 días Ventilacion Mecanica  
 FUENTE: COMITÉ DE IIH – OFICINA DE EPIDEMIOLOGIA

La Neumonía asociada a ventilador es una neumonía nosocomial, usualmente bacteriana, que se desarrolla en pacientes con insuficiencia respiratoria aguda (IRA) en ventilación mecánica, tal como observamos en el gráfico. La Neumonía asociada a ventilador mecánico presenta una alta incidencia de morbilidad y mortalidad especialmente en los pacientes en unidades de cuidados intensivos.

El diagnóstico de Neumonía asociada a ventilador está lleno de dificultades. El uso de técnicas broncoscópicas protegidas y métodos de cultivos cuantitativos han facilitado al temprano diagnóstico de neumonía en pacientes quienes requieren ventilación mecánica. Como la Neumonía asociada a ventilador es una de las principales causas de muerte en pacientes hospitalizados, es esencial que la terapia antimicrobiana a ser empleada sea temprana, adecuada y apropiada desde el inicio.

La neumonía asociada a ventilación es la neumonía que se desarrolla en un paciente sometido a ventilación mecánica después de 48 horas de la intubación. El 20% de los pacientes intubados y hasta el 70% de los pacientes con síndrome de distrés respiratorio agudo desarrollan neumonía asociada al ventilador.

La incidencia de neumonía nosocomial asociada a ventilador es alta, el rango fluctúa entre 7 a 40%, tales infecciones prolongan la permanencia y contribuyen a la mortalidad en las unidades de cuidados intensivos. La neumonía asociada a ventilador es la principal causa de muerte en terapia intensiva.

La incidencia de neumonía en pacientes que recibieron intubación endotraqueal, por sí sola incrementaba el riesgo de neumonía nosocomial casi siete veces. El estudio EPIC (European Prevalence of Infection in Intensive Care) identificó a la ventilación mecánica como uno de los siete factores de riesgo para las infecciones adquiridas en la UCI.

El riesgo creciente de neumonía se mantuvo constante durante todo el período de ventilación con una incidencia media cercana a 1% por día. Por ello se reconoce que la duración de la intubación y por ende de la ventilación mecánica es un factor de riesgo importante en la incidencia de neumonía asociada a ventilador. En diferentes estudios publicados la mortalidad oscila de un 24% a 76%. En la relación

entre los agentes causales y la mortalidad por neumonía nosocomial está claro que el pronóstico de la neumonía por bacilos aerobios gramnegativos es mucho peor que por agentes grampositivos.

Los índices de mortalidad que se relacionan con neumonía por pseudomonas son muy altos: de 70% a más de 80%



\* Valores estandares es 13,0 x 100

FUENTE: COMITÉ DE IIIH – OFICINA DE EPIDEMIOLOGIA

Las infecciones intrahospitalarias tienen un fuerte impacto social y económico; asimismo, constituye un indicador de la calidad de atención en el hospital.

Esto podría deberse a que tiene una infraestructura diferente y proporciona atención a pacientes con mayor complejidad y gravedad que los Establecimientos de Salud adyacentes los cuales son catalogados como de primer nivel de atención médica. Sin embargo, es justamente en estos establecimientos donde se proporciona atención medica a la mayor parte de la población.

Diferentes estudios han demostrado que hasta 10% de los niños ingresados adquirirán una Infección Nosocomial (IN) durante su hospitalización.

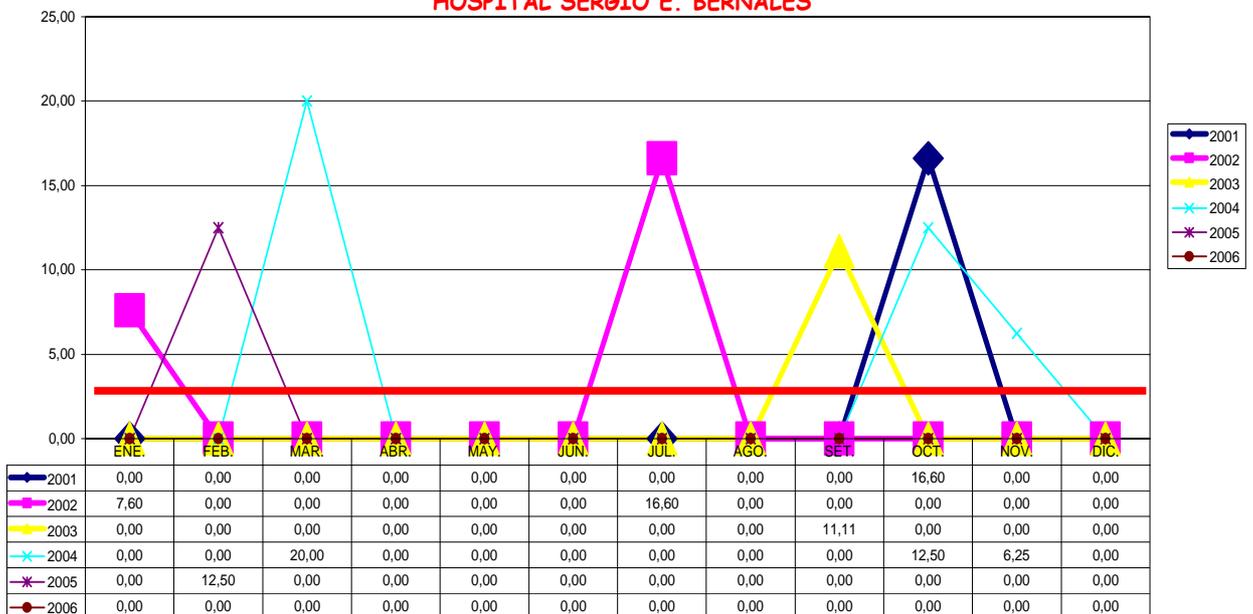
La neumonía y la bacteriemia nosocomial no sólo han sido señaladas como la primera y segunda causa de infección nosocomial en niños, sino que ambas causan una mortalidad muy elevada.

Durante los diferentes años hasta el 2005 se observa diferentes valores altos por encima de los valores estándar. Una mala técnica quirúrgica puede condicionar una hernia recidivante o post-incisional, como sería una disección inadecuada de los tejidos, no identificación de la hernia, utilizar suturas no indicadas, etc.,. Por lo general, una hernia en algún momento va a ser quirúrgico, ya que cualquier hernia se puede complicar en algún momento (pueden pasar días o años), y en algunos casos se debe valorar la conveniencia de operarlas, tales casos son: pacientes con ascitis secundaria a cirrosis hepática, ya que debemos de considerar que estos pacientes tienen una mortalidad operatoria de hasta 20%; también hay que valorar cuidadosamente a los pacientes con alto riesgo quirúrgico.

Antes de operar a un paciente con hernia, debemos de tratar los factores predisponentes como es el tratar la bronquitis crónica; someter al paciente a prostatectomía en caso de que ya exista hipertrofia prostática, esperar a resolver el embarazo (si existe), ya que de no hacerlo así, lo más probable es que recidive.

La tasa de infección quirúrgica en una herida limpia constituye un parámetro que permite medir la calidad en un servicio quirúrgico. Hasta ahora ha sido imposible eliminar absolutamente este evento, el cuál depende de factores aportados por el paciente (patologías asociadas) y factores del equipo de salud (calidad de la técnica quirúrgica)<sup>1</sup>. La infección de la herida operatoria (IHO) prolonga la estadía hospitalaria, incrementa la tasa de reingresos, eleva los costos y genera retardo en el reintegro laboral. Actualmente se considera aceptable una tasa menor al 2% para una herida clasificada como limpia. En nuestro medio, se ha definido en el año 2003 una tasa nacional de 0,9% para la reparación de la hernia inguinal en adultos.

**VIGILANCIA DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS  
EN HERIDA OPERATORIA POR HERNIA INGUINAL EN ADULTO  
AÑOS 2001 - 2006  
HOSPITAL SERGIO E. BERNALES**



\* Valores estandares es 1,6 x 100 Intervenciones de hernia inguinal

FUENTE: COMITÉ DE IIIH - OFICINA DE EPIDEMIOLOGIA

Durante la operación aparece una incisión, siempre se contamina por muchas medidas que se utilizan.

Según el microorganismo, mecanismos de defensa... las posibilidades de infección pueden variar.

El estudio de infección operatorio es importante porque nos puede indicar el funcionamiento del hospital, si hay un número elevado algo falla: lavado quirófano, el personal de quirófano, etc...

También va a influir o aumentar en la mortalidad. Lo que va a haber más es morbilidad, va a estar más tiempo en el hospital, va a gastar más antibióticos, va a influir en el costo del sistema hospitalario.

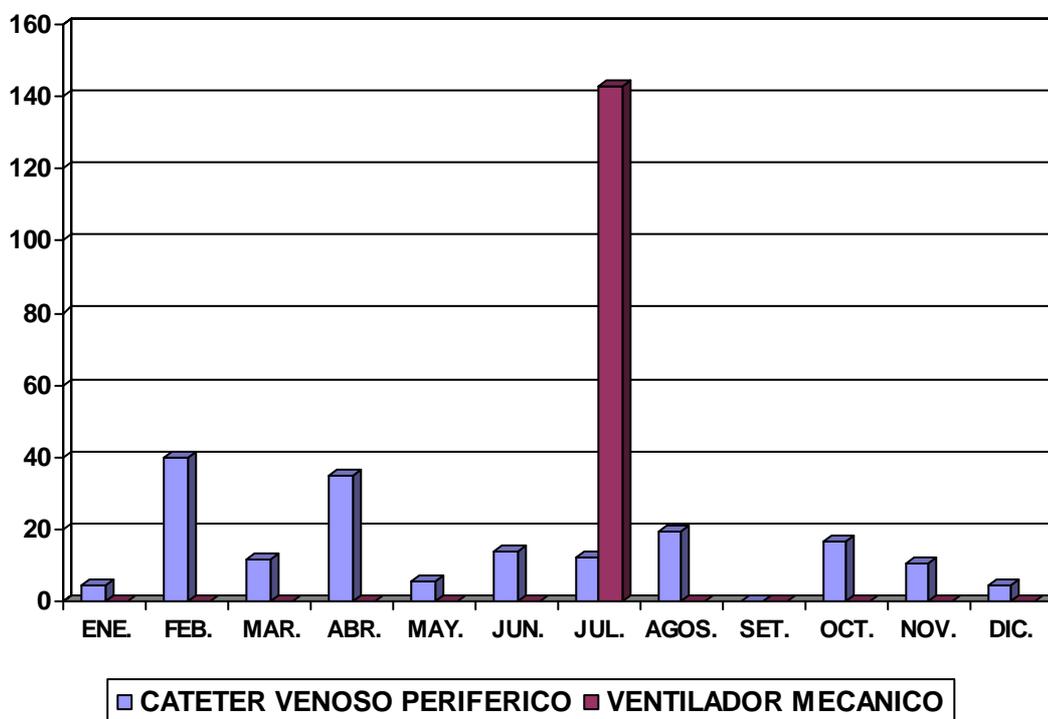
#### **LA CIRUGÍA SE PUEDE DIVIDIR:**

- **CIRUGÍA LIMPIA:** no hay contacto con material séptico ni con zona inflamada. No hay foco de pus, ni flemón, no se abre tubo respiratorio, digestivo ni urinario. Ej: hernia inguinal, cuello, mama.

**En muchos sistemas de salud se mira el número de infecciones que hay en cirugía limpia porque se trata de que algo falla en el hospital. Se mide: si el número de infecciones es mayor al 2% de los que se operan es importante**

- **POTENCIALMENTE CONTAMINADA:** cuando no hay contacto durante la cirugía con material séptico hay microorganismos en el interior que pueden contaminar
- **CIRUGÍA CONTAMINADA:** existe una contaminación importante. Se abre u opera una zona inflamada (flemón) pero no hay pus formado.
- **CIRUGÍA SUCIA:** opera una zona con absceso, pus formado.

## INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGIA ENERO A DICIEMBRE DEL AÑO 2006



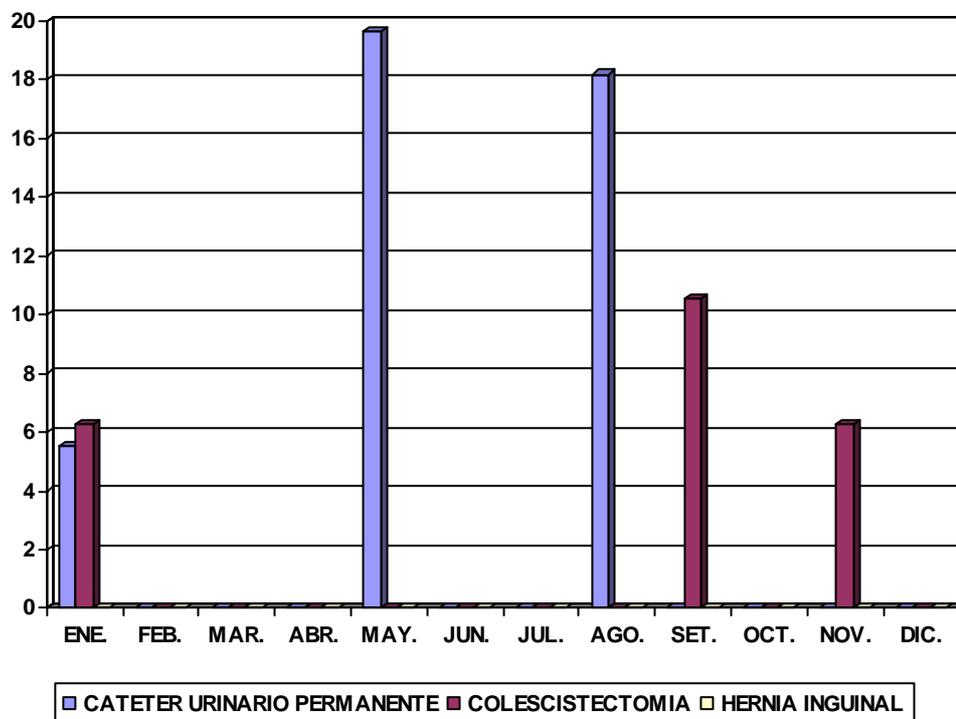
En relación a la gráfica debemos mencionar que en el Servicio de Neonatología las Tasas observadas tanto para Catéter Venoso Periférico y Neumonías y/o Infecciones por el uso de Ventilador Mecánico son altas en relación a los estándares establecidos.

La mayor parte de las infecciones de torrente sanguíneo asociadas a catéteres venosos periféricos se relacionan con las cánulas insertadas.

La Bacteremia neonatal asociada a Catéter Venoso Periférico y Neumonía asociada a ventilación mecánica ocasionan:

- Altos Costos
- Número de días de estancia hospitalaria prolongado ( desde el ingreso en la unidad de cuidados intensivos) y número de días por permanencia en otros servicios en algunas oportunidades.
- Cantidad de antimicrobianos usados, en unidades de presentación farmacológica traducidas a dosis diarias definidas, que se traduce posteriormente en resistencia antimicrobiana.

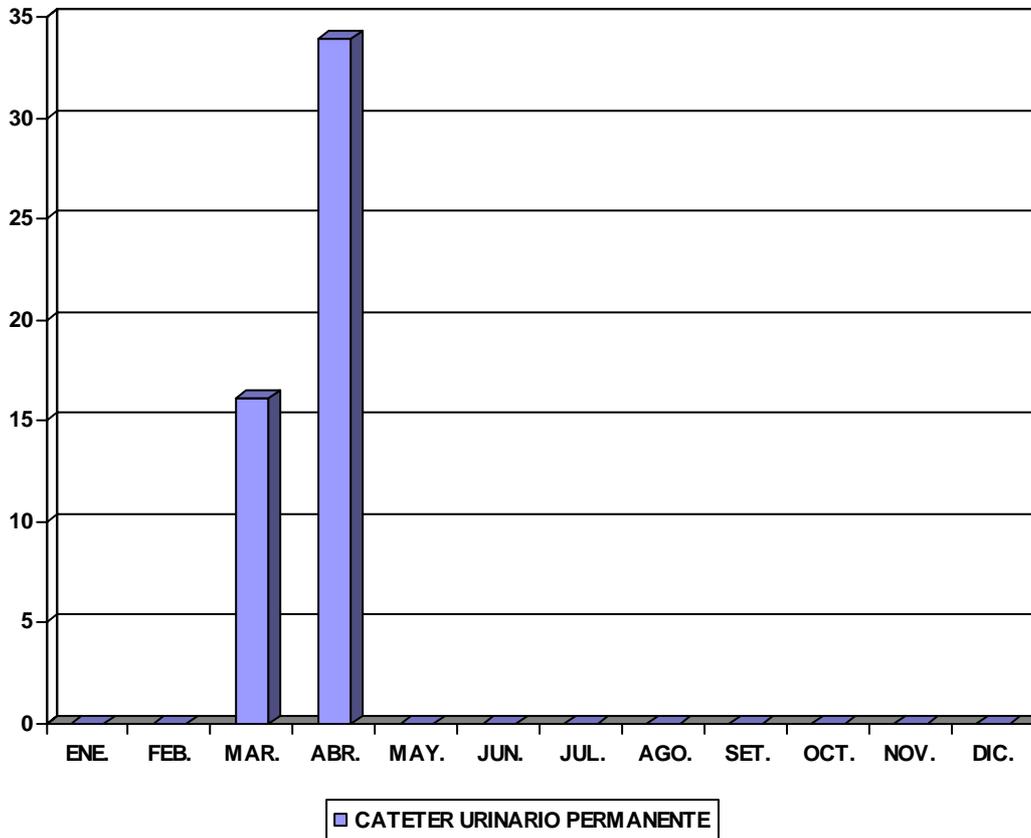
## INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA ENERO A DICIEMBRE DEL AÑO 2006



En la gráfica se observa que el riesgo de infección es el uso de Cateter Urinario Permanente lo que ocasiona que las Infecciones Nosocomiales sean causa importante de morbilidad y mortalidad en los pacientes hospitalizados en el Servicio de Cirugía. Del mismo modo se observa una tasa alta en el riesgo de infección post-colecistectomía, las altas superan el estándar establecido y esto depende de varios factores, entre ellos su incidencia, los tipos de infección más frecuentes, y la no supervisión en el cambio permanente del Dren Post- Cx y el catéter Urinario que de por si es una puerta de entrada para el desarrollo de una infección nosocomial.

Del mismo modo estas infecciones intrahospitalarias son el resultado de múltiples factores relacionados con el individuo en su entorno y en especial a debilidades en la calidad del Servicio de Cirugía para la prevención y control de las infecciones que ocurren post-intervenciones quirúrgicas.

## INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS EN EL DEPARTAMENTO DE MEDICINA ENERO A DICIEMBRE DEL AÑO 2006



En esta gráfica el riesgo de infección es el uso de Cateter Urinario Permanente lo que ocasiona que las infecciones nosocomiales sean causa importante de morbilidad y mortalidad en los pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina. Muchas de las infecciones nosocomiales son causadas por microorganismos resistentes a varios antimicrobianos como *Escherichia coli*, *Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus aureus*, *Candida albicans* y *Pseudomonas aeruginosa*.

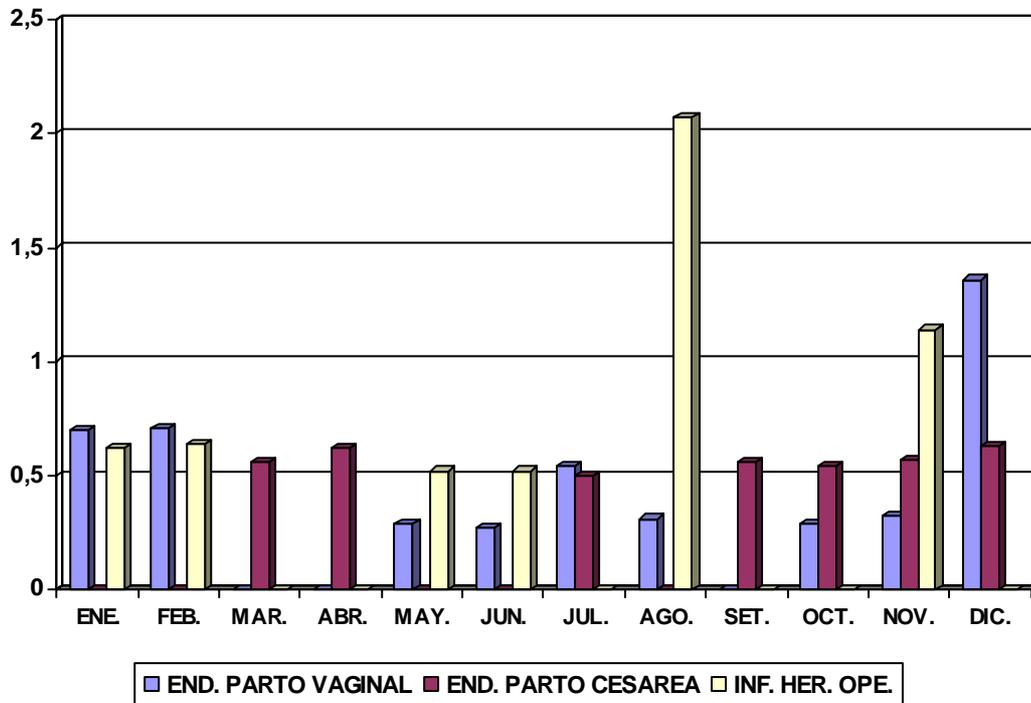
Durante los meses de Marzo y Abril se observa una tasa elevada superando el estandar que es  $9.3 \times 1000$  días Cateter.

El impacto de las infecciones intrahospitalarias depende de varios factores, entre ellos su incidencia, los tipos de infección más frecuentes, y la no supervisión en el cambio permanente del catéter urinario que de por si es una puerta de entrada para el desarrollo de una infección nosocomial.

Su impacto se relaciona directamente con los recursos necesarios para su diagnóstico y tratamiento como son: el tiempo médico, los costos de laboratorio clínico y microbiológico, antimicrobianos requeridos oportunamente y/o rotación de medicamentos sin medir la eficacia establecida con los exámenes de cultivo respectivo.

Indirectamente causan impacto en el número de días de trabajo perdidos por el paciente o sus familiares.

## INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS EN EL DEPARTAMENTO DE GINECO - OBSTETRICIA ENERO A DICIEMBRE DEL AÑO 2006



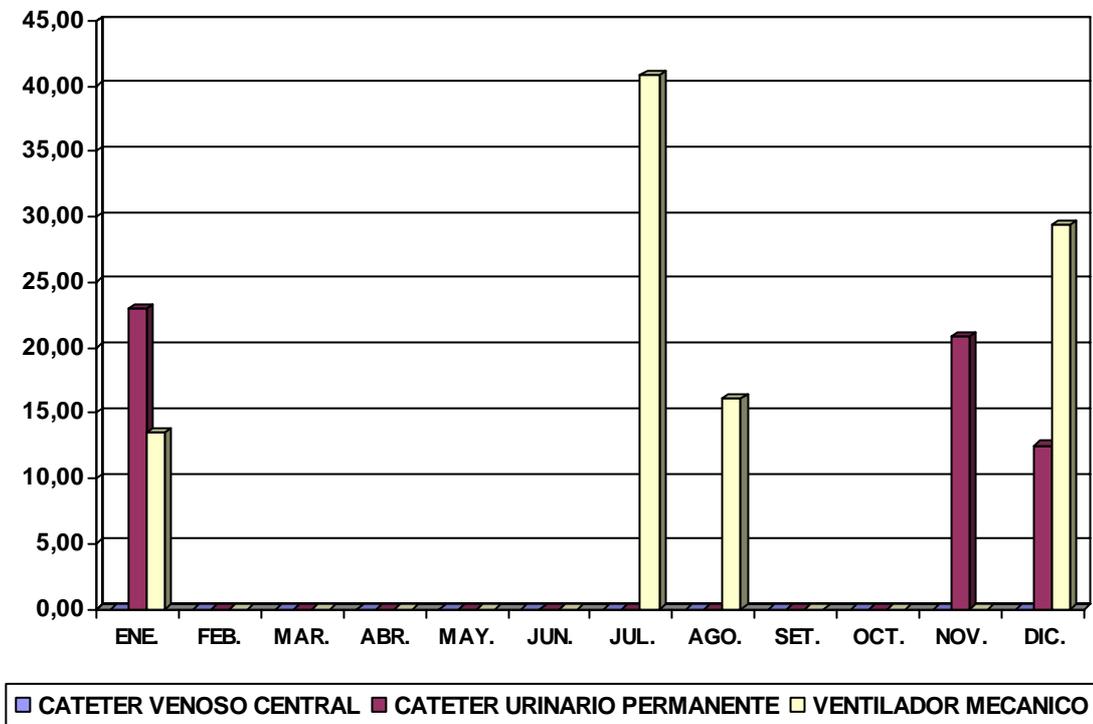
En el Servicio de Gineco-Obstetricia se observan 2 factores de riesgo asociados a 03 indicadores sujetos de vigilancia epidemiológica:

Endometritis Parto Vaginal, Endometritis Post Parto por Cesárea e Infecciones de Heridas Operatorias.

Tal como se observan las tasas se encuentran por debajo de los estándares establecidos.

Durante el Mes de Agosto la tasa de infección operatoria fue 2.07 por 100 partos cesáreas el cual era prevenible, y esta debajo del estándar que es 2.2 por 100 partos cesáreas. No obstante, a pesar de lo observado debemos mencionar que la prevención de la infección nosocomial redundo en el mejoramiento de la atención médica y en una reducción significativa de sus costos. Además de generar beneficios para la salud y el bienestar del paciente y disminuir las repercusiones económicas de dichas infecciones para la paciente.

## INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ENERO A DICIEMBRE DEL AÑO 2006



En el Servicio de UCI se observan 2 factores de riesgo asociados a vigilancia epidemiológica :

Alta tasa en el factor de cateter urinario permanente en el mes de Enero, y durante el Mes de Julio una tasa alta en relación al uso del Ventilador Mecánico.

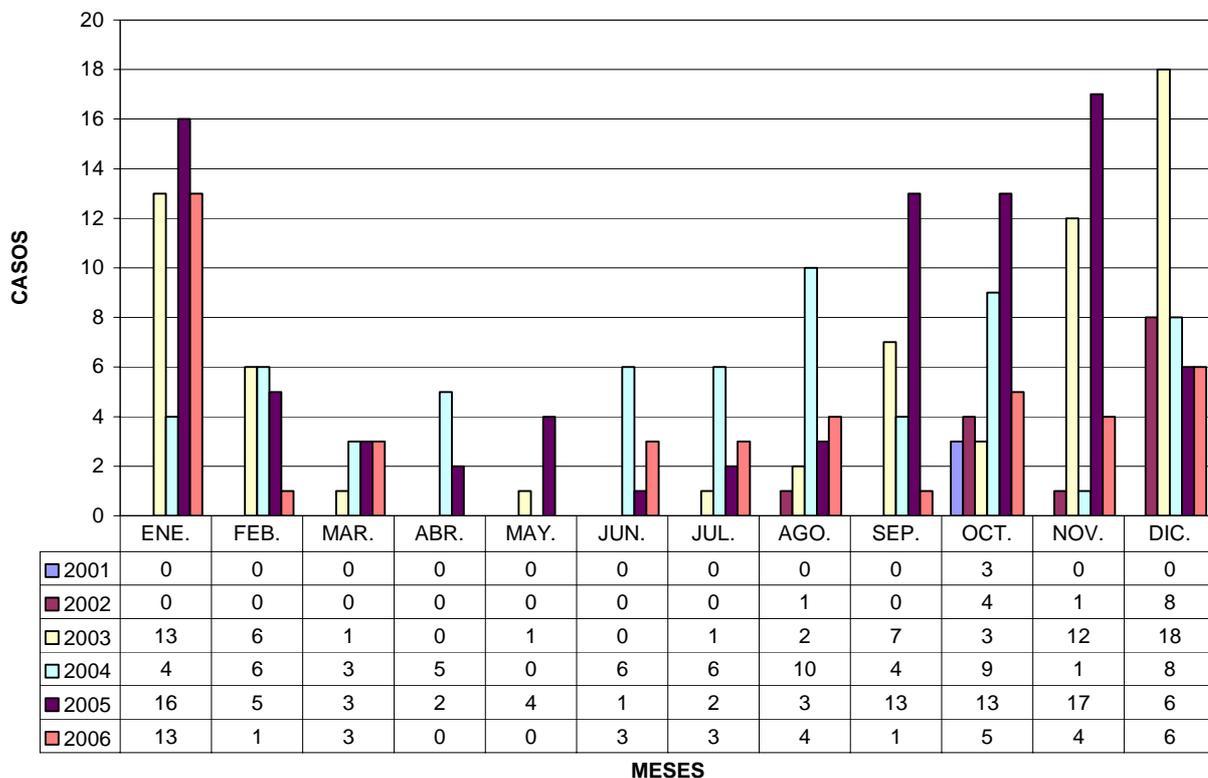
Igualmente estas tasas se vuelven a elevar:

Alta tasa que supera el estándar durante los meses de noviembre y diciembre para el uso permanente de catéter urinario y del mismo modo la tasa para las neumonías por el uso del ventilador mecánicos, que mide días exposición se vuelve a incrementar en el mes de diciembre.

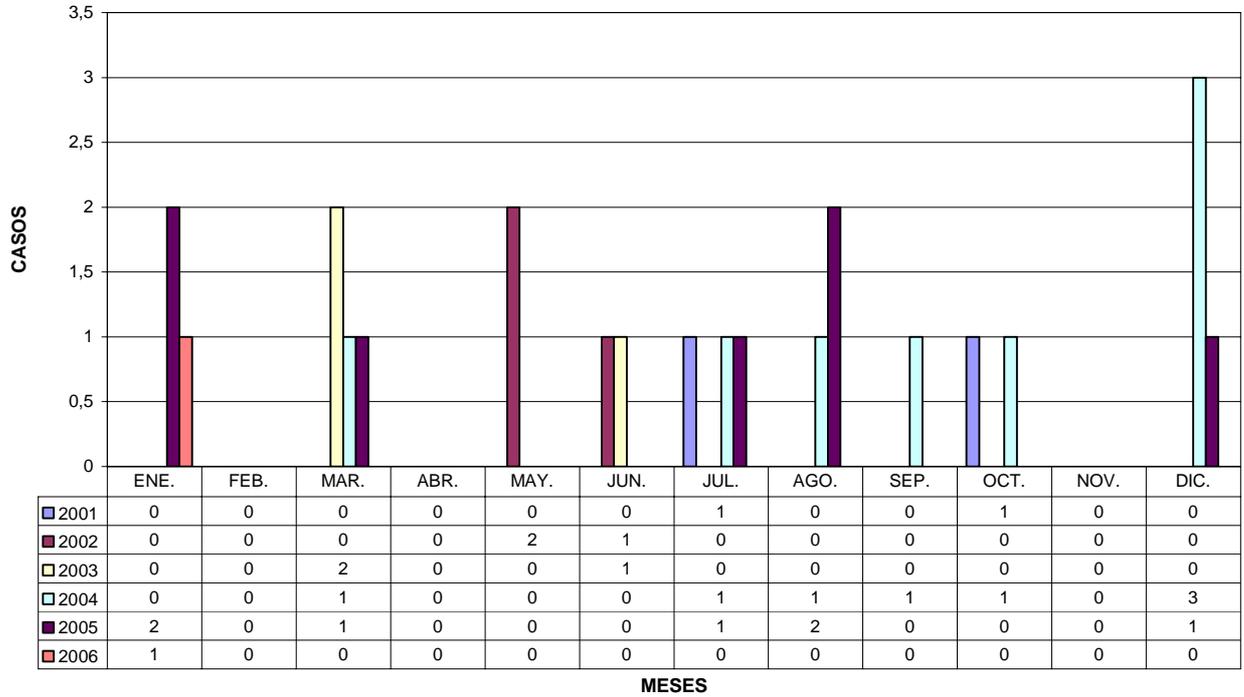
Se traduce que no se realiza el control oportuno y efectivo de brotes de infecciones intrahospitalarias de parte del Servicio lo cuál es necesario para conocer el comportamiento de las infecciones intrahospitalarias como insumo para la toma de decisiones propias del Servicio.

La varicela es una enfermedad viral que afecta principalmente a los niños. Sus síntomas incluyen una erupción cutánea con picazón y fiebre. Es estacional se observa que agosto y setiembre son los meses en el que los niños son más afectados.

**Grafico: VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA EN VARICELA  
COMPARATIVOS AÑOS 2001 - 2006  
HOSPITAL SERGIO E. BERNALES**



**Grafico: VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA EN RUBEOLA  
COMPARATIVOS AÑOS 2001 - 2006  
HOSPITAL SERGIO E. BERNALES**

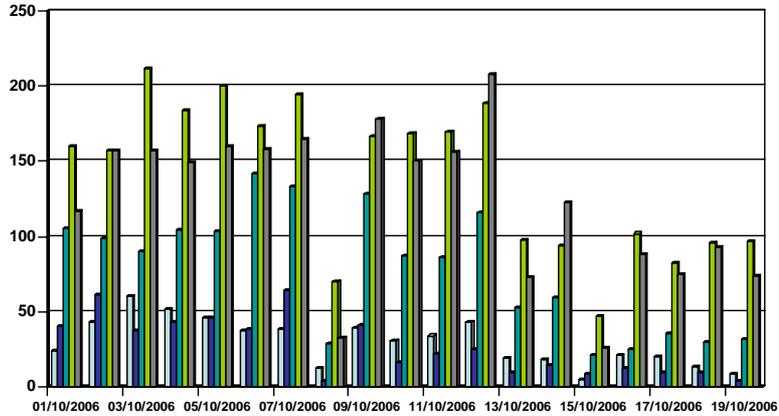


Se transmite entre personas a través de estornudos, tos o el contacto con superficies contaminadas (pañuelos, vasos, o manos). La posibilidad de que una persona no vacunada adquiera la enfermedad si convive con alguien que la tiene es del 90 por ciento. Cuando el virus se introduce en el organismo, pasa a la sangre atacando a los glóbulos blancos, que a su vez transmiten la infección a las vías respiratorias, la piel y otros órganos. Una vez que se padece la enfermedad, el paciente adquiere inmunidad permanente, por lo que no vuelve a ser atacado por el virus.

El periodo de incubación de la enfermedad (tiempo que transcurre desde que se entra en contacto con una persona enferma hasta que comienzan a desarrollarse los síntomas) suele oscilar entre dos y tres semanas. A su vez, una persona infectada por el virus de la rubéola puede transmitir la enfermedad a otras personas dos días antes de que los síntomas se muestren, no desapareciendo el riesgo de contagio hasta una semana después de la aparición de los signos de la enfermedad.

En el cuadro observamos que no hemos tenido casos diagnosticados excepto en el año 2004 con 8 casos y en 2005 con 7 casos y en el año 2006 con 1 caso, esto por la vacunación que se realizó y en el cuál el Hospital sobrepasó la meta establecida.

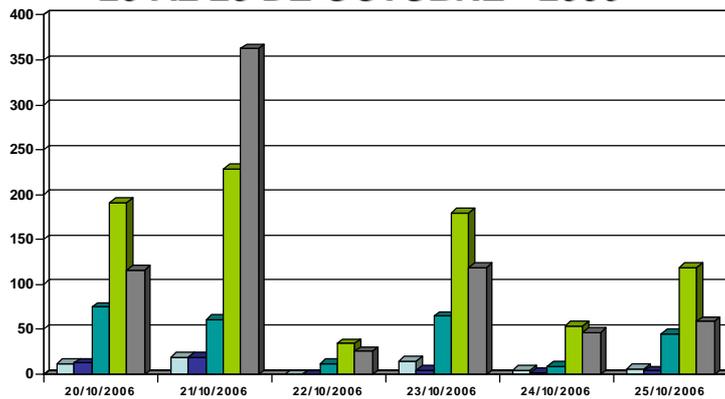
## VACUNACION DE SR POR GRUPO ETAREO HOSPITAL SERGIO E. BERNALES 01 AL 19 DE OCTUBRE - 2006



	01-Oct	02-Oct	03-Oct	04-Oct	05-Oct	06-Oct	07-Oct	08-Oct	09-Oct	10-Oct	11-Oct	12-Oct	13-Oct	14-Oct	15-Oct	16-Oct	17-Oct	18-Oct	19-Oct
2 a 4 Años	24	43	60	52	46	37	38	12	39	31	34	43	19	18	5	21	20	13	9
5 a 9 años	40	61	37	43	46	38	64	4	41	16	22	25	10	14	9	12	10	10	4
10 a 19 años	105	99	90	104	103	142	133	29	128	87	86	116	53	59	21	25	35	30	32
20 a 29 años	160	157	212	184	200	173	194	70	167	169	170	189	98	94	47	102	82	96	97
30 a 39 años	117	157	157	149	160	158	165	33	178	150	156	208	73	123	26	88	75	93	74

**TOTAL: 7548 82.0%** ➔

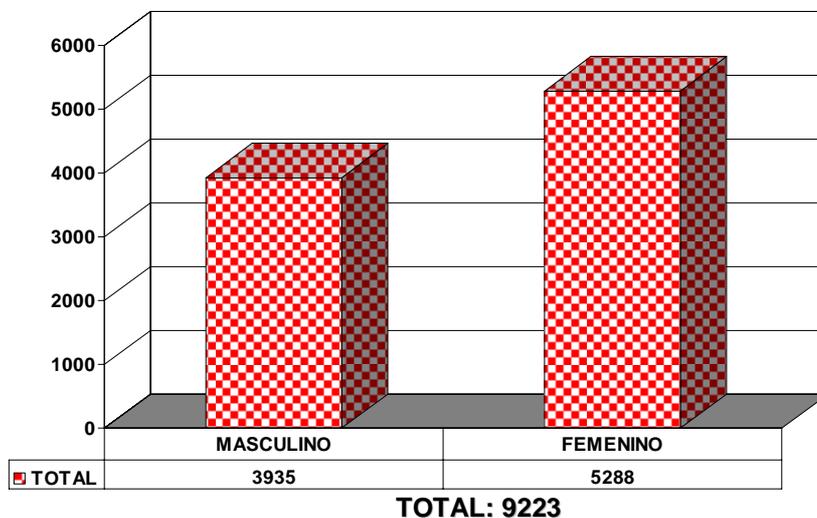
## VACUNACION DE SR POR GRUPO ETAREO HOSPITAL SERGIO E. BERNALES 20 AL 25 DE OCTUBRE - 2006



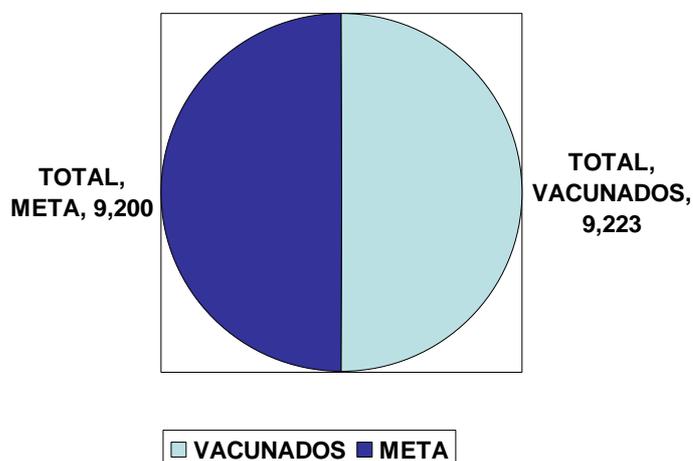
	20-Oct	21-Oct	22-Oct	23-Oct	24-Oct	25-Oct
2 a 4 Años	12	19	0	15	5	6
5 a 9 años	13	19	0	5	2	4
10 a 19 años	75	61	12	65	9	45
20 a 29 años	191	229	34	180	54	119
30 a 39 años	116	363	26	119	47	59

**TOTAL: 9223 100.25%**

## VACUNACION SR TOTAL X SEXO 01 AL 25 OCTUBRE - 2006



## VACUNACION SR TOTAL VACUNADOS 01 AL 25 OCTUBRE - 2006



**1 DE OCTUBRE -06 LANZAMIENTO DE LA CAMPAÑA  
PRESENTACIÓN DEL HOSPITAL CON LAS DAMAS VOLUNTARIAS  
EN EL PROGRAMA DE "YALA" CANAL 4**



**PERIFONEO EN EL HOSPITAL  
EN CONSULTORIOS EXTERNOS**



## Brigada en carpa del Hospital Sergio E. Bernalles



20 DE OCTUBRE – BRIGADA EN ROYAL PLAZA



## ROYAL PLAZA 21 DE OCTUBRE



## ROYAL 21 DE OCTUBRE

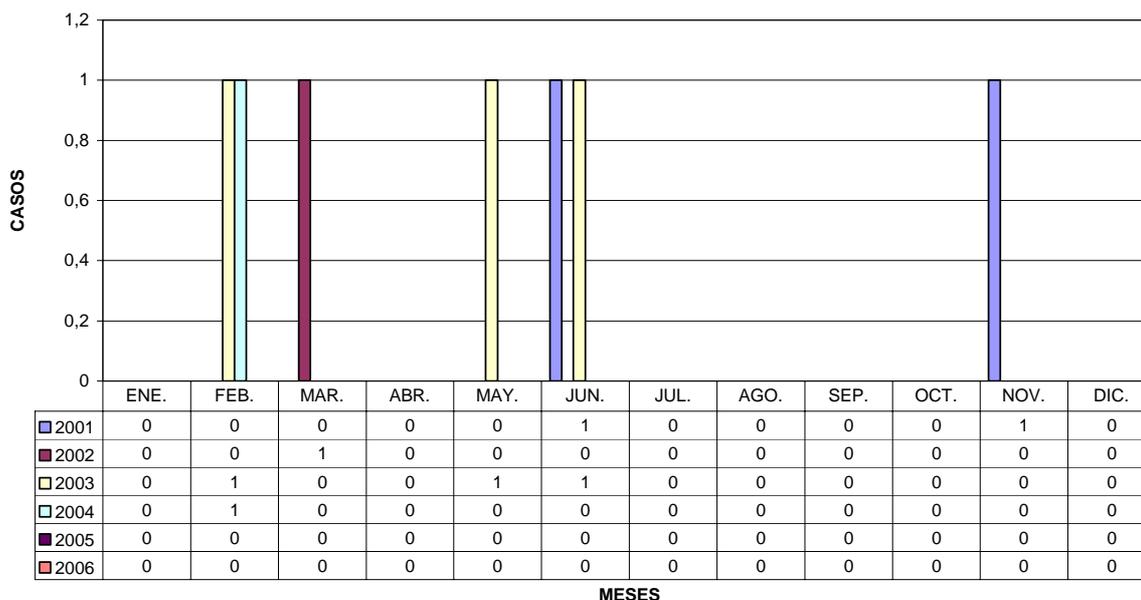


## 23 de Octubre en Royal Plaza con el Jefe de Seguridad



**JUNTOS TRABAJANDO EN EQUIPO PUDIMOS SUPERAR LA META**

**Grafico: VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA EN PARALISIS FLACIDA  
COMPARATIVOS AÑOS 2001 - 2006  
HOSPITAL SERGIO E. BERNALES**



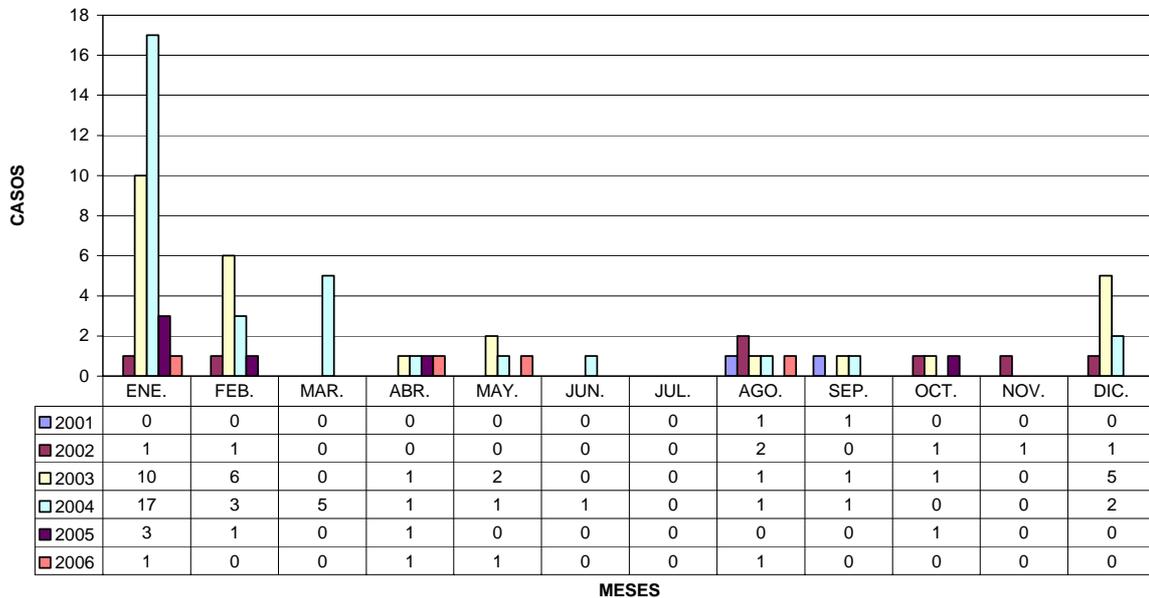
Es una definición operativa, enmarcada en la campaña de la Organización Mundial de la Salud (OMS), de la década de los ochenta, con el objetivo de erradicar la polio del mundo, por lo que intenta incluir todos los casos de probable poliomielitis. Esta definición incluye tres grandes aspectos:

1. Instalación aguda o hiperaguda en menos de 5 días.
2. Cuadro clínico caracterizado por una disminución o pérdida de fuerzas y tono muscular (flacidez) de una o más extremidades (espinal), pudiendo acompañarse de participación craneal.
3. Presentarse en niños, menores de 15 años.

Esta definición abarca fundamentalmente las enfermedades del sistema nervioso periférico, que cursan con paresia e hipotonía y en las cuales se debe descartar obligatoriamente el virus de la polio, aunque como veremos existen múltiples etiologías

En el Hospital se han diagnosticados casos aislados pero desde el año 2005 no hemos tenido ningún caso.

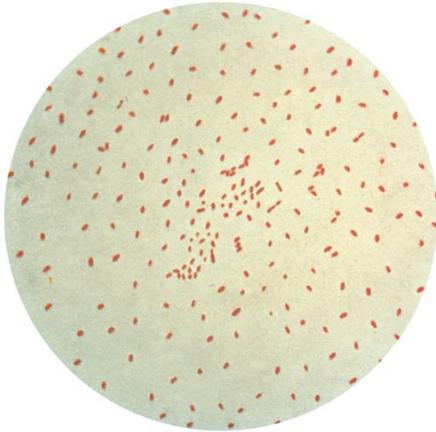
**Grafico: VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA EN TOS FERINA COMPARATIVOS AÑOS 2001 - 2006 HOSPITAL SERGIO E. BERNALES**



La **tos ferina**, (también conocida como **tos convulsiva** o **coqueluche**) es una enfermedad infectocontagiosa aguda, causada por cocobacilos de la especie *Bordetella pertussis*. Se caracteriza por inflamación traqueobronquial y accesos típicos de tos violenta, espasmódica con sensación de asfixia, que terminan con un ruido estridente (**tos convulsiva** o **convulsa**).

La infección se contagia con más rapidez durante la primera etapa, antes que comience la tos intensa. Su complicación puede afectar al sistema nervioso y el miocardio. Aunque esta enfermedad puede sufrirse a cualquier edad, los más afectados son los niños de menos de cinco años. Se difunde durante la primavera y el verano. La incidencia de tos ferina en los países desarrollados es muy baja gracias a la vacunación.

## Vista de la Bordetella Pertussis



## ENFERMEDADES DIARREICAS

El rotavirus es la principal causa de enfermedades diarreicas

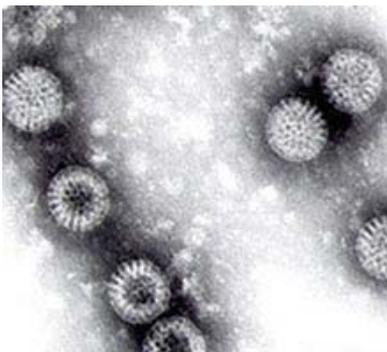
El rotavirus está en el ambiente. Es la primera causa de enfermedades diarreicas y uno de los padecimientos que ocasionan temor en los padres. Además de diarrea produce fiebre y deshidratación.

"Además hay un proceso de mala absorción intestinal donde no se absorben algunos azúcares como la lactosa, entonces se comete muchas veces el error de seguirles dando a los bebés productos con lactosa, entonces se agrava la diarrea", Afecta principalmente a niños menores de cinco años. Por él mueren medio millón de niños al año en el mundo. Para atacarlo es necesario un diagnóstico a tiempo, por eso es muy importante acudir al médico en cuanto el niño muestre señas de deshidratación como sed, ojos hundidos y poca orina.

Una vez diagnosticado, evite el contagio. La higiene es su mejor aliado.

"El rotavirus se puede quedar en los juguetes las cobijas y a través de eso, los bebés se llevan las cosas a la boca", "Por eso es tan importante que cuando se cambie el pañal a un bebé con diarrea nos lavemos las manos y no manipulemos nada de sus juguetes y su comida".

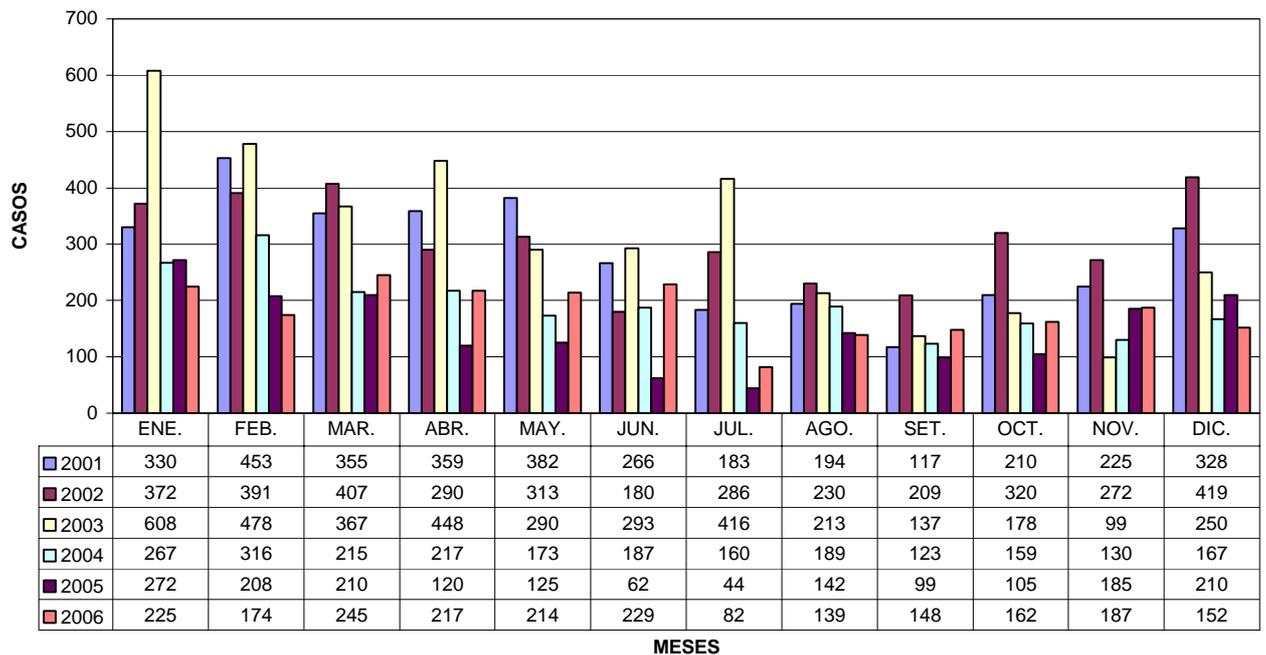
## Foto del Rotavirus



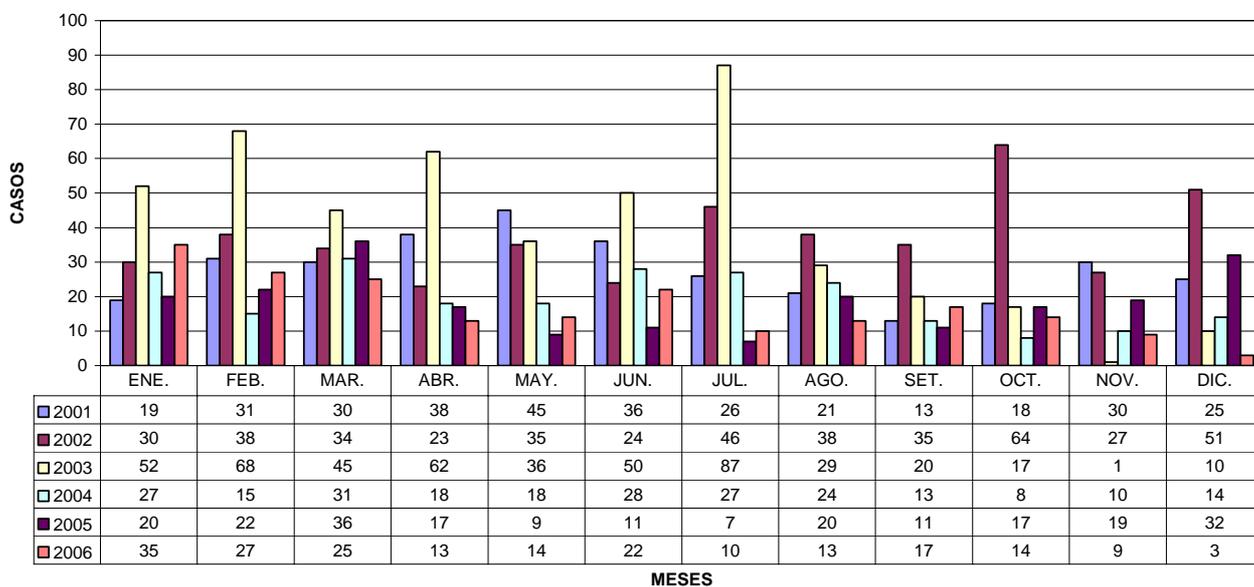
Se realizó un análisis bacteriológico del agua del Hospital en el Mes de Octubre encontrándose ausencia de Cloro y presencia de coliformes totales por encima del nivel máximo y presencia de *E. coli* en algunos punto de toma de muestras.

Esto puede deducirse que igualmente en los sistemas de abastecimiento de agua de la población sucede lo mismo. El mantenimiento inadecuado y las instalaciones deterioradas de sistema de abastecimiento de agua de consumo en la localidad de Comas y Carabayllo en las Zonas Marginales fueron los causantes de la contaminación del agua con bacterias patógenas para el hombre, y por tanto del brote de diarreas. Como medidas de prevención y control, se viene desarrollando difusión y campaña de vacunación contra la hepatitis A en el grupo de edad de 1 a 9 años que no se encuentren previamente inmunizados, que se han complementado con actividades de distribución de agua segura. En el Hospital a los casos diagnosticados se aplicó tratamiento antibiótico a aquellos pacientes con ingreso hospitalario que lo requirieron, siendo los más utilizados Ciprofloxacina, Ceftriaxona y Sulfametoxazol trimetoprima, dependiendo el caso el uso de vía periférica y el Suero de Rehidratación oral.

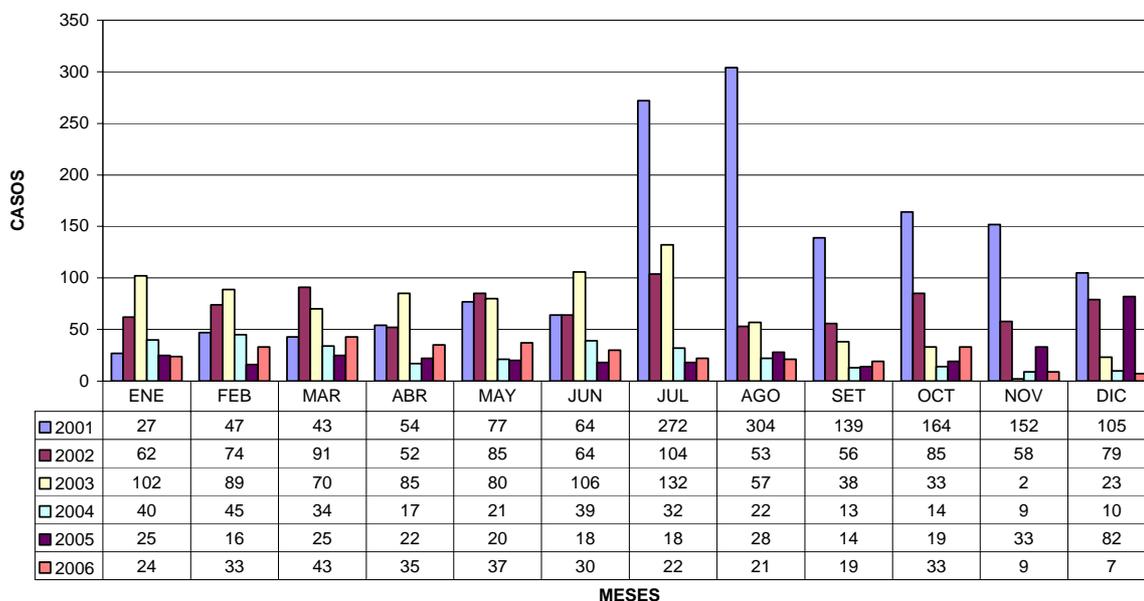
**Grafico: VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA EN TOTAL DE CASOS DE EDA COMPARATIVOS AÑOS 2001 - 2006 HOSPITAL SERGIO E. BERNALES**



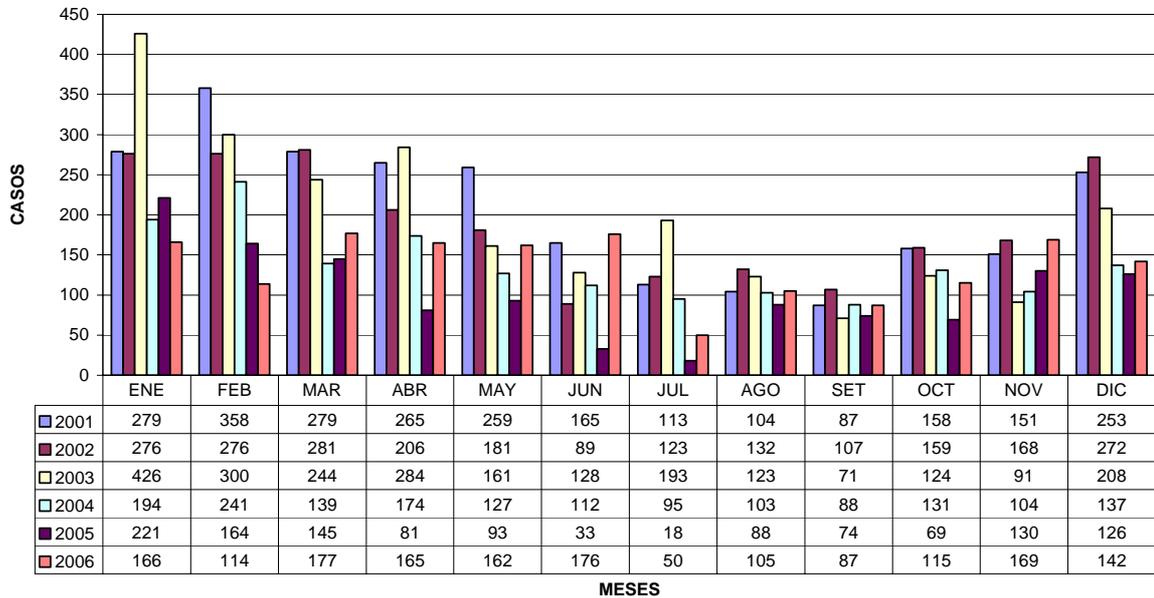
**Grafico: VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA EN EDA EN NIÑOS < 1 AÑO  
COMPARATIVOS AÑOS 2001 - 2006  
HOSPITAL SERGIO E. BERNALES**



**Grafico: VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA EN EDA EN NIÑOS DE 1  
A 4 AÑOS COMPARATIVOS AÑOS 2001 - 2006  
HOSPITAL SERGIO E. BERNALES**



**Grafico: VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA EN EDA DE 5 A +  
AÑOS COMPARATIVOS AÑOS 2001 - 2006  
HOSPITAL SERGIO E. BERNALES**



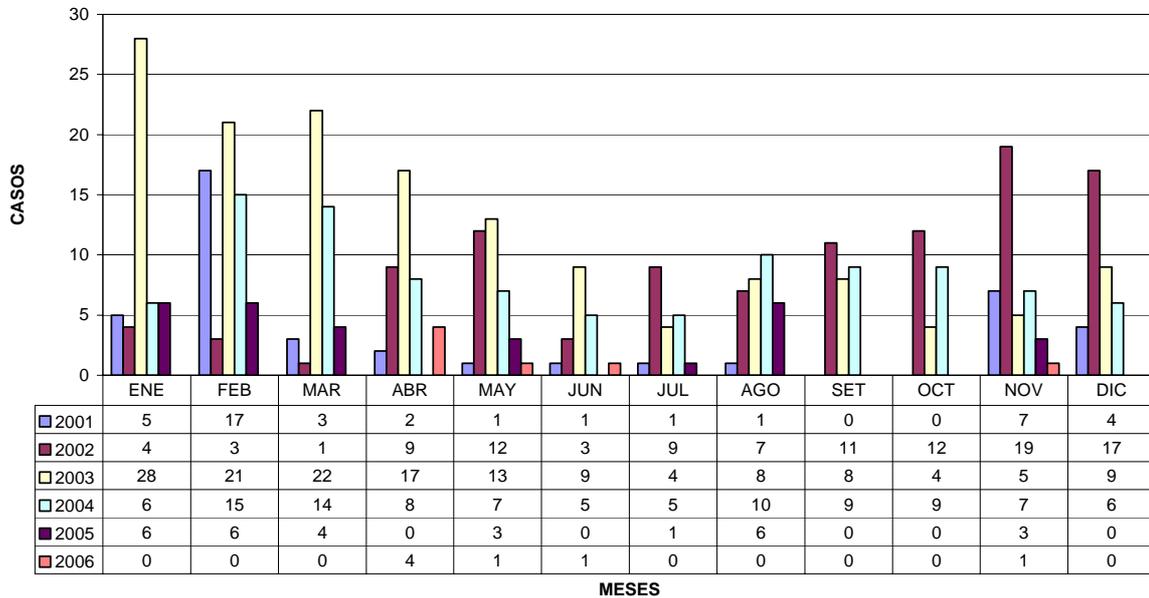
## EDA DISENTÉRICA

Es aquella en la cual las heces presentan sangre (rasgos o coágulos pequeños) y/o moco. Las deposiciones son de poca cantidad y muy frecuentes. Generalmente se acompañan de fiebre.

La EDA disintérica es generalmente producida por una bacteria por lo que además del uso del Suero de Rehidratación Oral para evitar la deshidratación, es necesario utilizar un antibiótico.

Inicialmente se recomienda el uso de Cotrimoxazol a dosis de 10 mg/kg/día dividido en dos tomas (cada 12 horas) por 5 días. Si no existe respuesta o el cuadro empeora se debe administrar Metronidazol a dosis de 50 mg/kg/día dividido en tres tomas (cada 8 horas) durante 7 días, pensando en la posibilidad de amebas intestinales. Si a pesar del tratamiento persiste la diarrea con sangre se debe derivar al enfermo al Centro de Salud para una evaluación especializada, en el cuadro vemos que en el año 2002 tuvimos 107 casos, y en el 2003 se presentaron 148 casos, y luego fue disminuyendo durante el año 2004 se tuvieron 101 casos, año 2005, 29 casos y en el 2006 7 casos. Esto debido a que la población tiene mayor conciencia que ante un caso de diarrea debe acudir al Establecimiento de Salud más cercano.

**Grafico: VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA EN EDA DISENTERICA  
COMPARATIVOS AÑOS 2001 - 2006  
HOSPITAL SERGIO E. BERNALES**



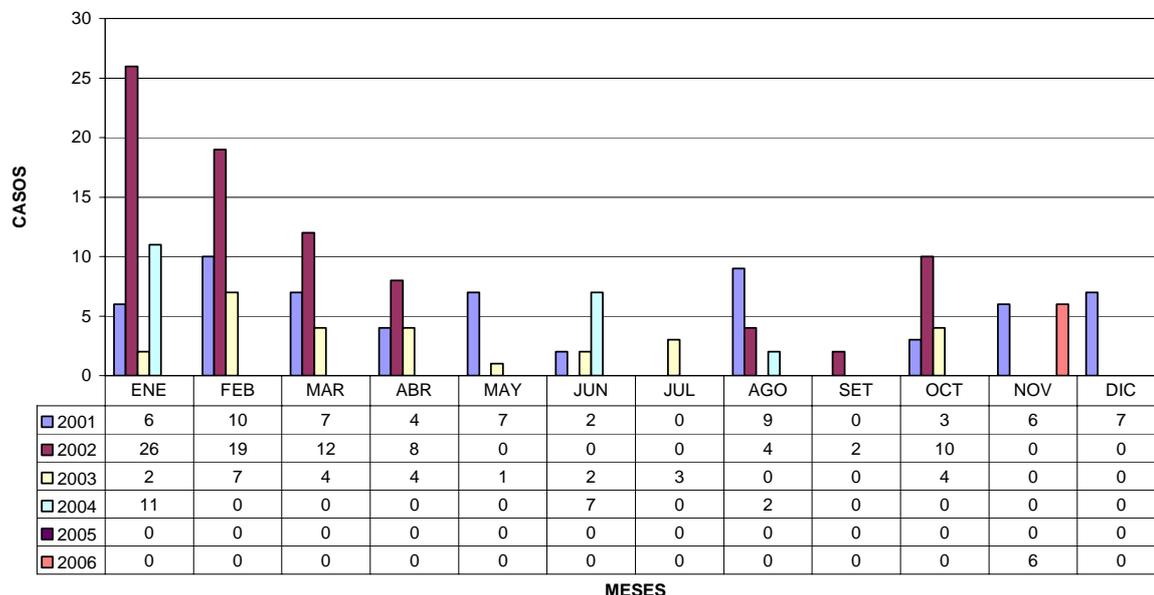
### **LAS ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR ALIMENTOS.-**

Las enfermedades contagiosas transmitidas por alimentos o bebidas constituyen un problema común, angustiante, y a veces amenazador a las vidas de millones de personas todo el mundo. Los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos calculan que 76 millones de personas sufren de enfermedades transmitidas por alimentos cada año, representando 325,000 casos de hospitalización y más de 5,000 muertes.

Las enfermedades transmitidas por alimentos resultan extremadamente costosas. Los expertos en la salud calculan que el costo anual de todas las enfermedades transmitidas por alimentos en este país es de \$5 a \$6 mil millones en gastos médicos directos y en productividad perdida. Las infecciones de sólo la **bacteria Salmonella** son responsables de \$1 mil millones anualmente en gastos médicos directos e indirectos.

Hay más de 250 enfermedades conocidas que se transmiten por alimentos. La mayoría de los casos están ocasionados por las bacterias, seguido por los virus y los parásitos. Los químicos naturales y elaborados también pueden enfermar a las personas. Algunas enfermedades están ocasionadas por las toxinas (venenos) del organismo que está provocando la enfermedad, otras vienen de la reacción del cuerpo al mismo organismo. Las personas infectadas con microbios transmitidos por alimentos tal vez no experimenten síntomas o puede que desarrollen una gama de síntomas desde leves molestias intestinales hasta la deshidratación severa y diarrea sangrienta.

**Grafico: VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA EN INTOXICACION POR ALIMENTOS COMPARATIVOS AÑOS 2001 - 2006 HOSPITAL SERGIO E. BERNALES**



En el cuadro vemos que la mayoría de los casos se presentan durante los meses de Enero y Febrero

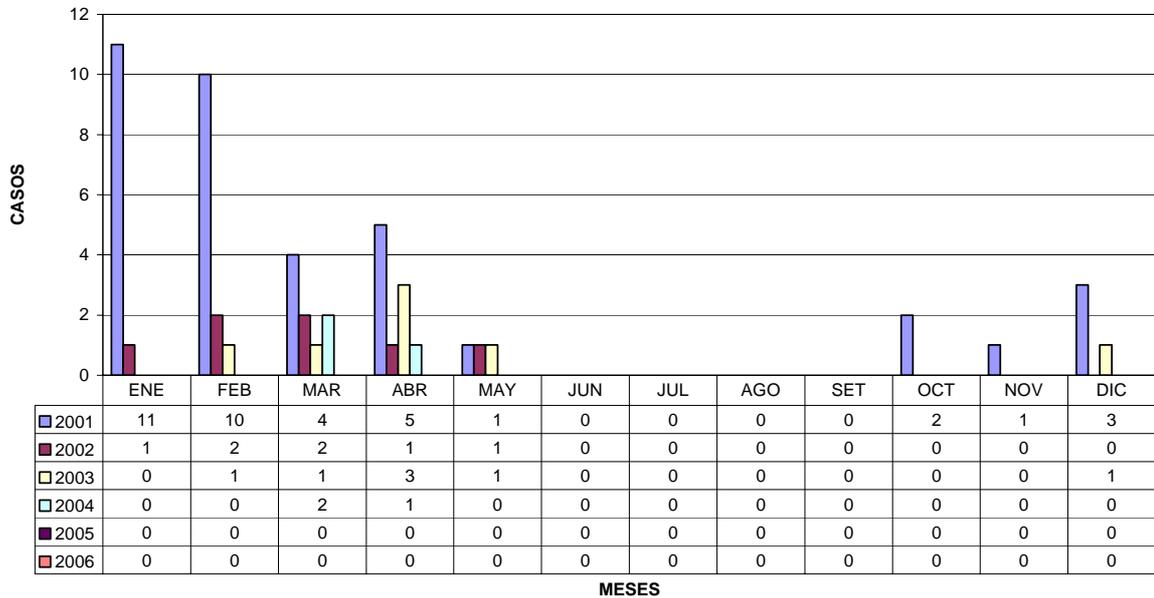
**La VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA TIENE COMO OBJETIVOS:**

- El objetivo primordial de la V.E.es ofrecer orientación técnica permanente a quienes tienen la responsabilidad de decidir sobre la ejecución de acciones de prevención y control, facilitando, a tal efecto, la información actualizada sobre la ocurrencia de las enfermedades, los factores condicionantes y las poblaciones definidas de riesgo".

**Con posibilidades de control de propagación actuando sobre el foco:**

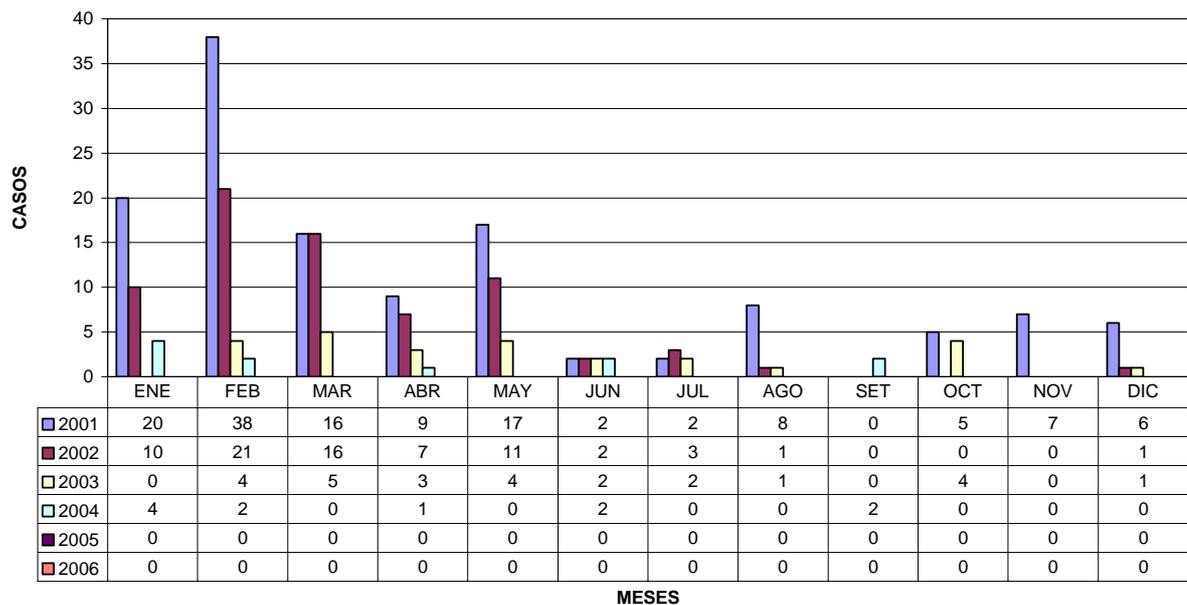
BOTULISMO	<b>COLERA (*)</b>	TRIQUINOSIS
LEPTOSPIROSIS	PSITACOSIS	RABIA
ENF.MENINGOCOCCICA	PALUDISMO	DENGUE

**Grafico: VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA EN COLERA DE CASOS SOSPECHOSOS COMPARATIVOS AÑOS 2001 - 2006 HOSPITAL SERGIO E. BERNALES**



Se observa los brotes más altos durante los años 2001 y 2002.

**Grafico: VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA EN NUMERO COPROCULTIVOS IV CHOLER COMPARATIVOS AÑOS 2001-2006 HOSPITAL SERGIO E. BERNALES**



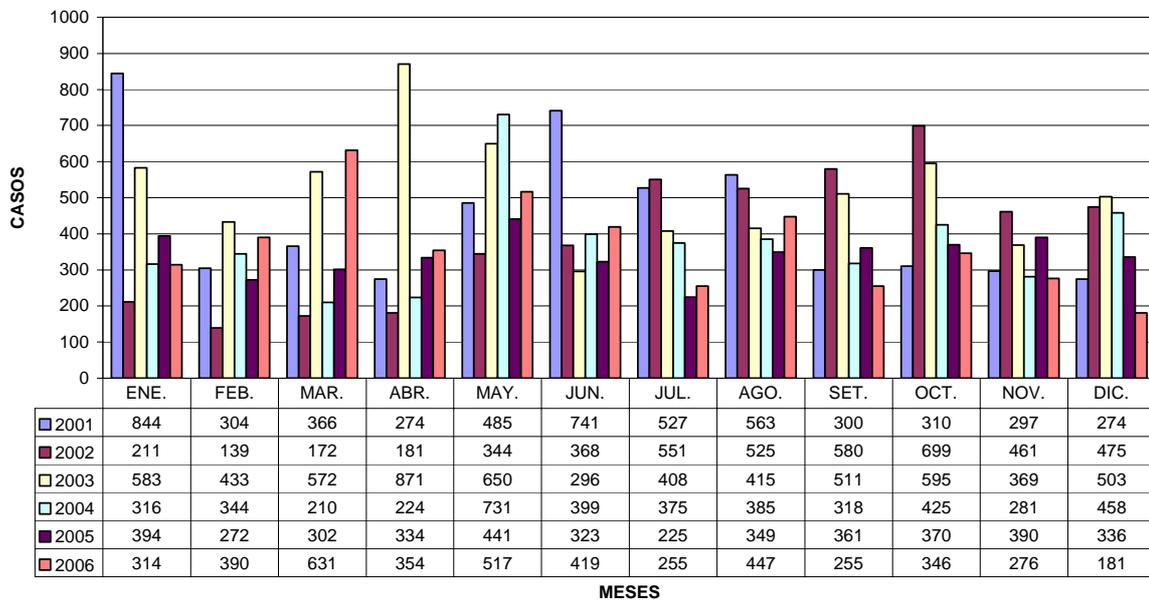
En el Perú, se calculó que una **epidemia de cólera** registrada en 1991 costó \$ 770 millones en pérdidas de comercio y turismo, casi la quinta parte de los ingresos normales de la exportación. En otras partes, el sacrificio y la destrucción masivos de reses bovinas, cerdos y aves de corral en el Reino Unido, Malasia y la RAE de Hong Kong, respectivamente, han provocado enormes pérdidas económicas.

## LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS

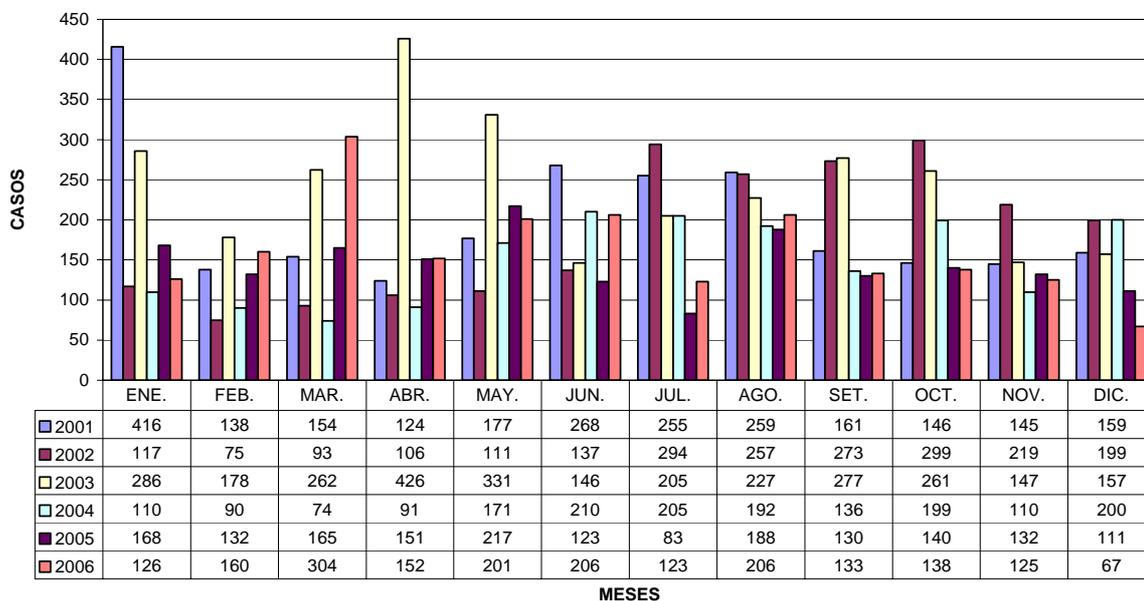
- Las infecciones en los niños se pueden producir en cualquier edad.
- Las infecciones respiratorias por adenovirus se producen con mayor frecuencia al final del invierno, durante la primavera y a inicios del verano.
- Los adenovirus son un grupo de virus que típicamente causan enfermedades respiratorias como resfriados, conjuntivitis (infección ocular), difteria, bronquitis o neumonía. En los niños, los adenovirus generalmente causan infecciones en los tractos respiratorio e intestinal.

Las infecciones respiratorias ocurren al producirse un contacto con material infeccioso de otra persona u objeto inanimado. Las secreciones del tracto respiratorio pueden contener el virus. El virus también puede sobrevivir durante varias horas sobre los objetos inanimados (perillas de puertas, superficies duras, juguetes).

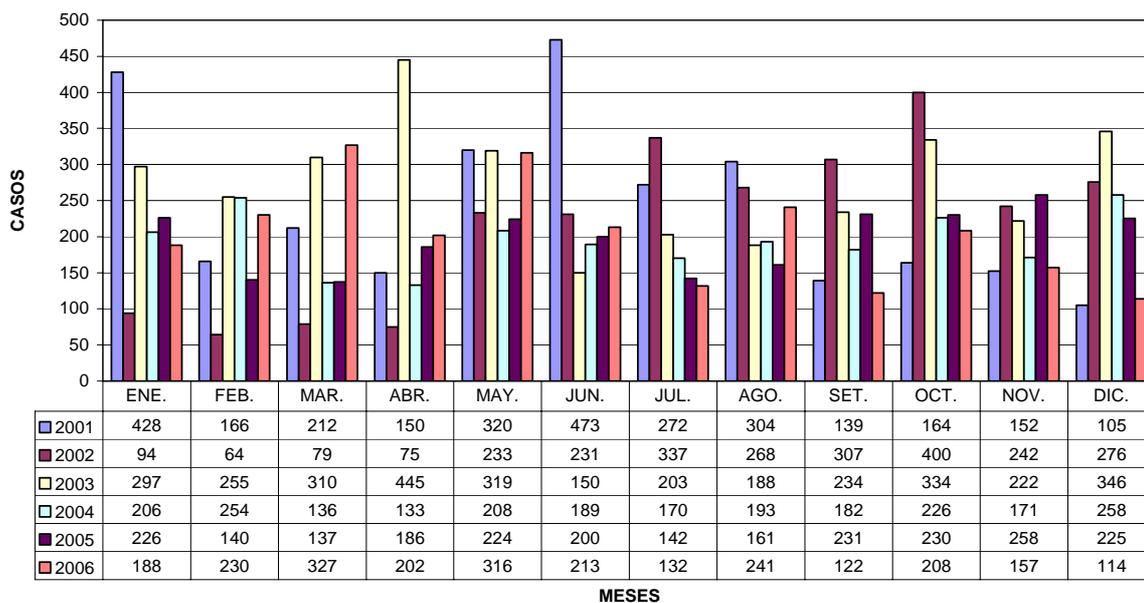
**Grafico: VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA EN TOTAL DE IRAS <  
5 AÑOS COMPARATIVOS AÑOS 2001 - 2006  
HOSPITAL SERGIO E. BERNALES**



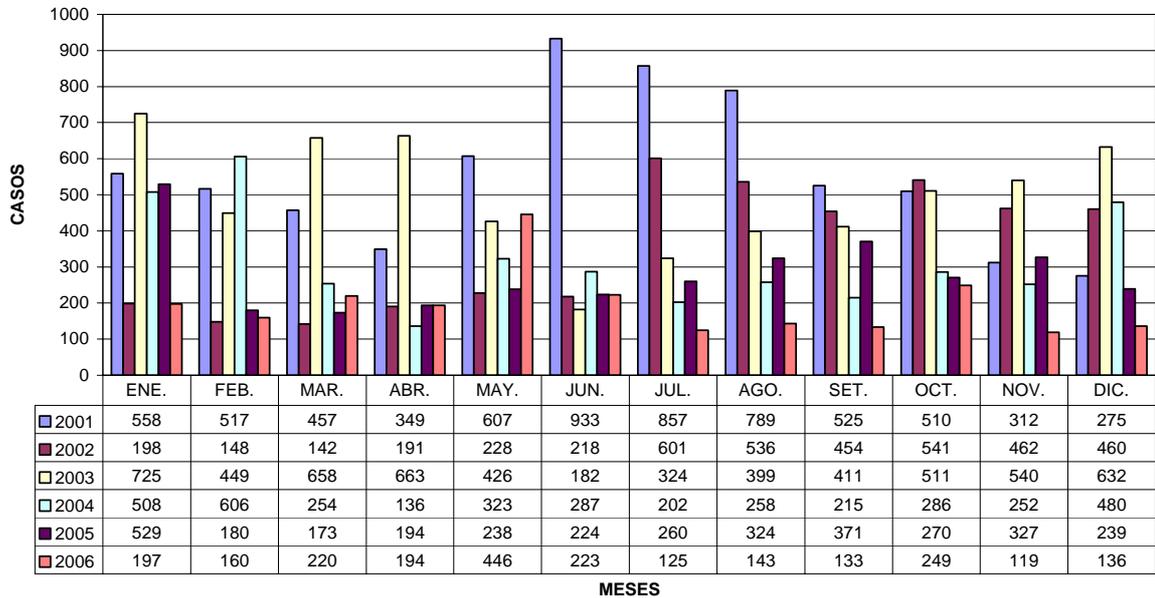
**Grafico: VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA EN IRA EN NIÑOS < 1  
AÑO COMPARATIVOS AÑOS 2001 - 2006  
HOSPITAL SERGIO E. BERNALES**



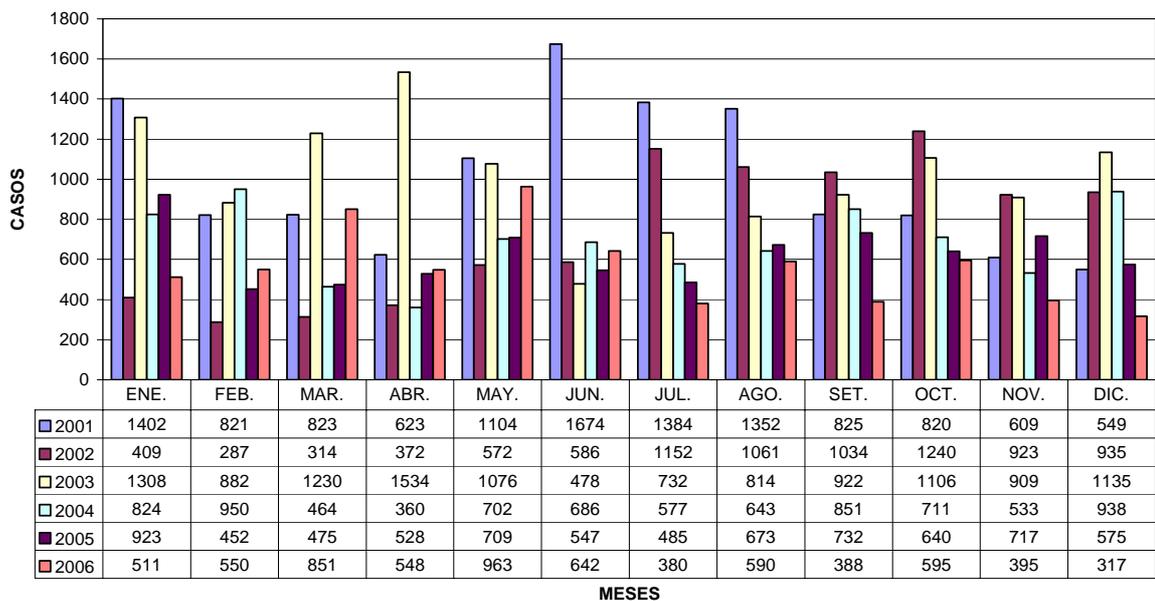
**Grafico: VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA EN IRA EN NIÑOS DE  
1 A 4 AÑOS COMPARATIVOS AÑOS 2001 - 2006  
HOSPITAL SERGIO E. BERNALES**



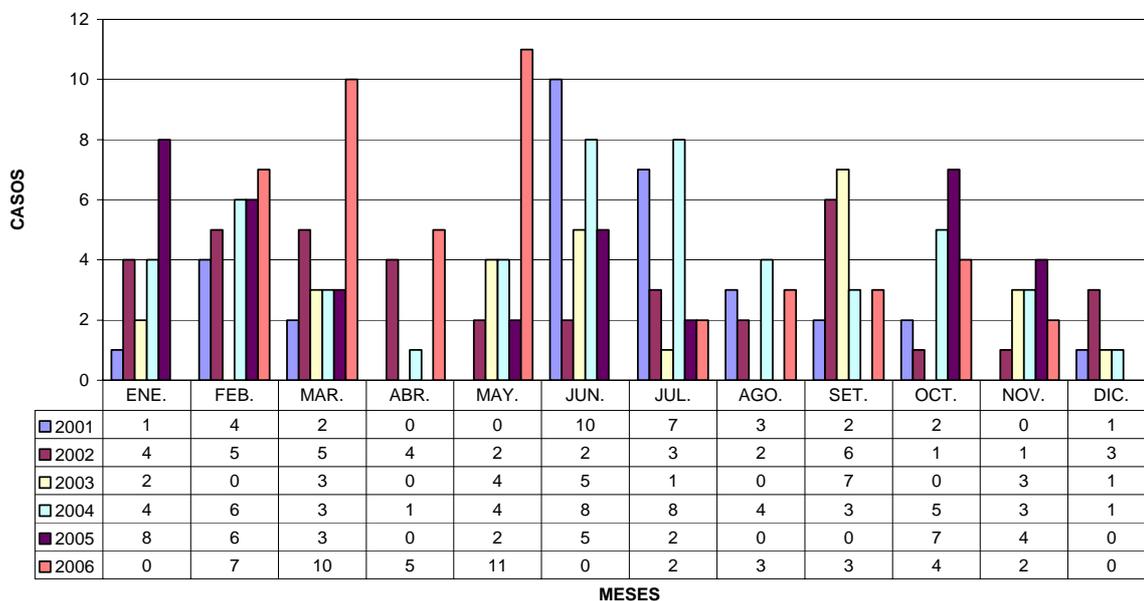
**Grafico: VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA EN IRA > 5 AÑOS  
COMPARATIVOS AÑOS 2001 - 2006  
HOSPITAL SERGIO E. BERNALES**



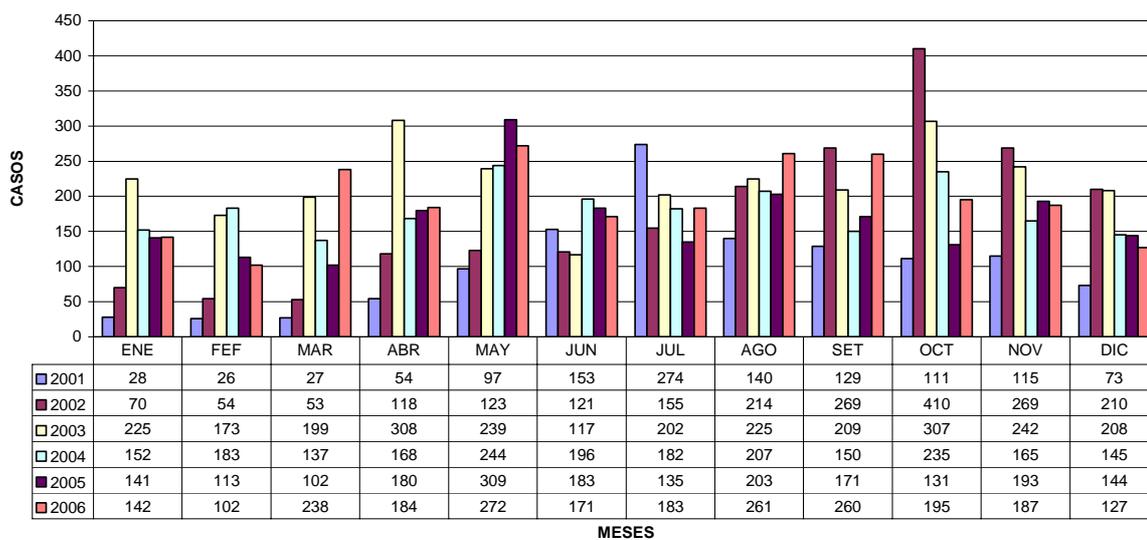
**Grafico: VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA EN TOTAL GENERAL  
DE IRA COMPARATIVOS AÑOS 2001 - 2006  
HOSPITAL SERGIO E. BERNALES**



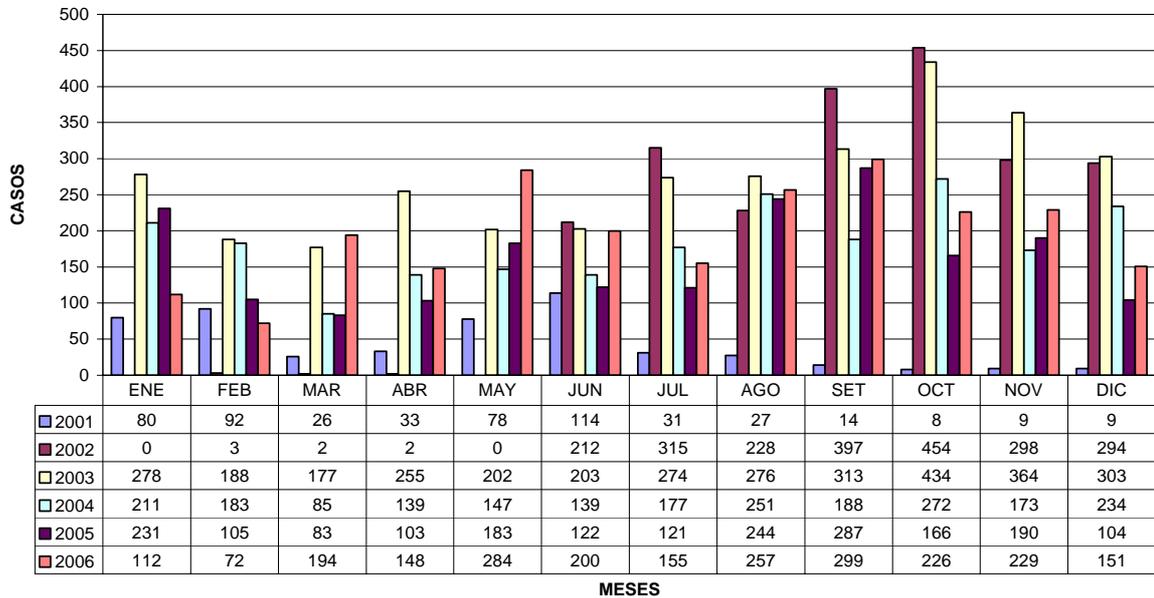
**Grafico: VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA EN NEUMONIAS EN < DE 5 AÑOS COMPARATIVOS AÑOS 2001 - 2006 HOSPITAL SERGIO E. BERNALES**



**Grafico: VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA EN SOB EN < 5 AÑOS COMPARATIVOS AÑOS 2001 - 2006 HOSPITAL SERGIO E. BERNALES**



**Grafico: VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE CRISIS ASMÁTICA  
> 5 AÑOS COMPARATIVOS AÑOS 2001 - 2006  
HOSPITAL SERGIO E. BERNALES**



### Alergenos

Con mucho, son la causa más frecuente de crisis asmáticas agudas, además de que los alergenos son causales persistentes de asma moderada ó severa.

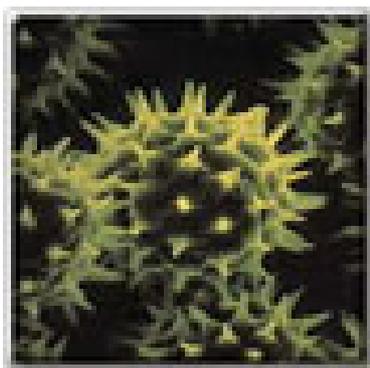
Estos son algunos ejemplos de alergenos intra y extramuros.

- Pólen
- Hongos
- Caspas
- Polvo casero y ácaros del polvo
- Cucarachas
- Algunos alimentos

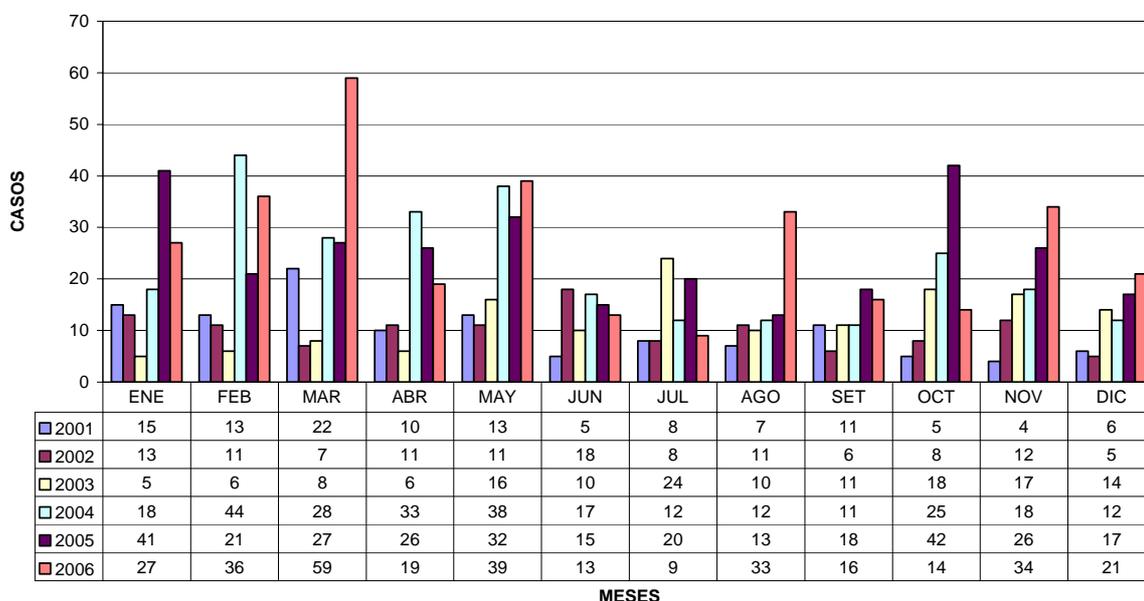
### Vista del ácaro



Las infecciones virales de las vías respiratorias actúan frecuentemente como un desencadenante importante. Esto es especialmente frecuente en niños pequeños con asma predominantemente en los periodos fríos del año, ó en niños que acuden a guarderías o centros maternos. Las infecciones virales producen una irritación agregada en las vías respiratorias, nariz, garganta, pulmones y senos paranasales. Esta irritación precede y desencadena frecuentemente a los ataques de asma. Se ignora el mecanismo biológico exacto de este proceso.



**Grafico: VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA EN DESNUTRICION AGUDA < 5 AÑOS COMPARATIVOS AÑOS 2001 - 2006 HOSPITAL SERGIO E. BERNALES**



La nutrición humana es el aporte y aprovechamiento de nutrientes que en el niño se manifiesta por crecimiento y desarrollo.

Dependiendo de la intensidad de la desnutrición, el tiempo y la edad puede presentar para toda su vida:

- Bajo crecimiento

- Menor rendimiento intelectual
- Menor capacidad física.
- Mayor riesgo a padecer enfermedades de tipo infeccioso.
- Mayor peligro de morir en los primeros años de vida.

El Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional se inicia con la vigilancia del estado nutricional de la madre y el niño menor de 5 años. El Sistema de Salud ha desarrollado para poner en práctica un Sistema de Vigilancia en todo el país sin necesidad de recurrir a estructuras paralelas ni incurrir en gastos adicionales significativos.

En el Hospital se han ido incorporando diferentes componentes relacionados con la alimentación y se ha logrado articular un conjunto de informaciones que permiten seguir la disponibilidad, acceso y consumo de alimentos, así como el estado nutricional de los grupos vulnerables.

Por otra parte, en el Hospital se evalúa el estado nutricional del niño mediante las normas nacionales de peso y talla (formuladas en percentiles) que es el procedimiento utilizado usualmente en la atención de salud; de esta forma se dispone de una evaluación de vigilancia se introduce como un sistema complementario de información estadística, más flexible, que permite garantizar la calidad del dato primario, introducir la metodología de evaluación del estado nutricional utilizando las referencias de la OMS/NCHS e identificar grupos poblacionales en riesgo nutricional según algunas variables socioeconómicas; cuestiones éstas que son imposibles de lograr en toda su extensión por el momento.

Los hallazgos relacionados con la menor talla para la edad en los niños menores de 1 año según escolaridad de las madres y zonas de residencia son de gran interés. Está reportado que a partir de los 3 meses la prevalencia de baja talla para la edad (menos de 2 desviaciones típicas de la referencia de la OMS/NCHS) comienza a elevarse y este proceso de retardo se va deteniendo hasta alrededor de los 3 años de edad después del cual la mediana de la talla corre paralelo a la referencia.

La coincidencia de la estructura poblacional de la zona urbana con el estimado nacional es un reflejo del alto grado de urbanización del país, donde el 74.8% vive en este tipo de zona.

El análisis de los indicadores en términos de riesgo es una de las bondades de la metodología que presentamos, diferenciándola de una simple recogida de información. Se obtiene una idea global de diferentes componentes que pueden influir en el estado nutricional como son el estilo de vida y algunos factores ambientales entre otros.

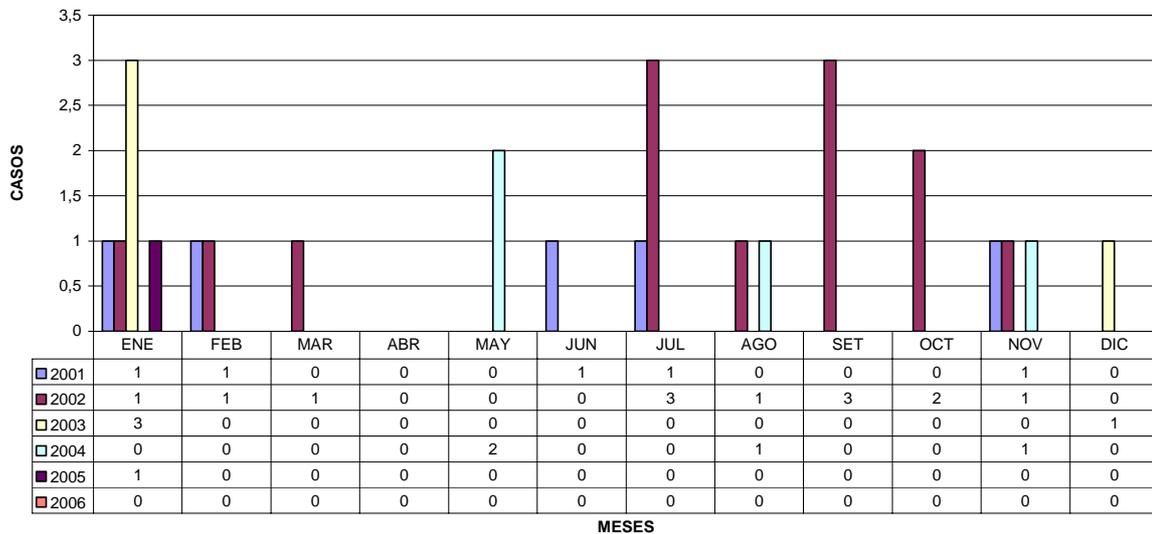


IDENTIFICANDO GRUPOS POBLACIONALES EN RIESGO EN LA COMUNIDAD

Es Importante la intervención del Hospital con su Equipo Profesional trabajando En la Comunidad con sus diferentes Servicios.



**Grafico: VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN MUERTE < 5 AÑOS COMPARATIVOS AÑOS 2001 - 2006 HOSPITAL SERGIO E. BERNALES**



La Vigilancia de la Mortalidad Perinatal, Infantil y de la Niñez, es una herramienta importante para evaluar la eficiencia de los procesos de intervención, mejorarlos e innovar otros, con el fin de lograr una disminución de los indicadores de impacto, que reflejan desde el punto de vista general, el nivel de salud de una población.

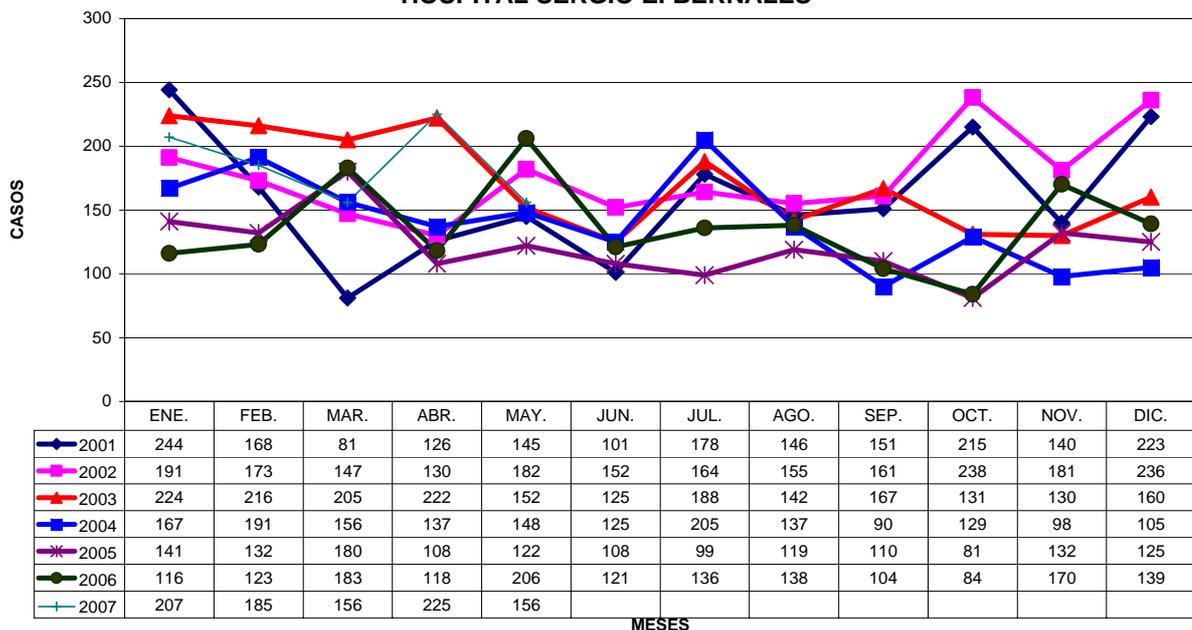
El fortalecimiento de esta Vigilancia de la Mortalidad requiere de la organización y funcionamiento de los Comités de Vigilancia de la Mortalidad en cada uno de los niveles de atención, así como el cumplimiento de las funciones que le han sido determinados.

La muerte de un niño(a) representa la existencia de deficiencias o interrupciones en el cuidado del (la) menor ya sea en el hogar como fuera de él. Al determinar las causas biológicas de la muerte obtenemos información sobre el tipo de tratamiento que pudiera haber ayudado a evitar tal deceso. La información sobre el cuidado que el niño(a) recibió durante la enfermedad sirve para poner en evidencia las dificultades para conseguir el tratamiento necesario; la investigación de las muertes de los niños (as) también pueden sacar a la luz factores que pudieran haber contribuido al desarrollo de la enfermedad. Los resultados de dichas investigaciones pueden sugerir la necesidad de intervenciones para prevenir muertes similares en el futuro.

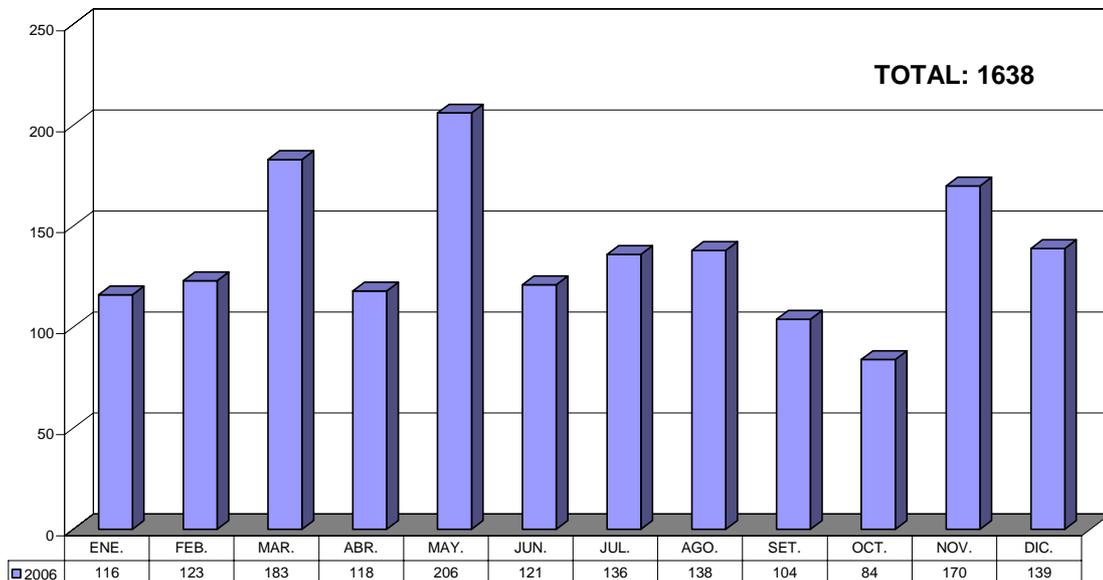
Además el proceso de Vigilancia de la Mortalidad Perinatal, Infantil y de la Niñez es útil para obtener la información necesaria que permite establecer prioridades respecto a los problemas de salud, tomar decisiones sobre políticas, asignar recursos y determinar las intervenciones y objetivos del programa que se desarrolle al respecto.

El investigar las muertes de los niños(as) en colaboración con la comunidad local, constituye un estímulo a individuos, familia y comunidad para que colaboren con los funcionarios de salud para superar los problemas que se identifiquen. Por otra parte, el seguimiento que se haga de dichas investigaciones puede llevar a identificar tendencias y decidir si se necesita hacer intervenciones a nivel de la comunidad.

**Grafico: VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA EN ACCIDENTES DE TRANSITO  
COMPARATIVOS AÑOS 2002-2007  
HOSPITAL SERGIO E. BERNALES**



**Nº ATENCIONES DE ACCIDENTES DE TRANSITOS  
HOSPITAL SERGIO E. BERNALES  
ENERO A DICIEMBRE AÑO - 2006**



Como vemos y por el lugar en que nos encontramos los accidentes de tránsito son frecuentes y derivados a nuestro Hospital.

El desafío al que nos hemos venido enfrentando implica no sólo lograr la disminución de muertes y lesiones causados por este daño sino también, y de forma principal, la modificación de conductas de riesgo entre los miembros de nuestra sociedad. Es necesario que el tema de la seguridad vial se incorpore en la idiosincrasia del peruano, y que en el futuro se logre erradicar toda práctica informal de transporte o de conducta de riesgo frente al tránsito.

El Rol que debe tener nuestro Hospital es lograr un espacio de convocatoria y de diálogo, para lograr que el mensaje de la seguridad vial entre la comunidad en general, este presente en diversos ámbitos y forme parte de mensajes urbanos saludables, que permitan una convivencia segura.

Los roles que se deben asumir respecto a la Estrategia Sanitaria de Accidentes de Tránsito son los siguientes:

- Rol científico: generar conocimientos a partir del estudio de los accidentes de tránsito y sus manifestaciones más frecuentes en la salud de las personas.
- Rol informativo: difundir los conocimientos obtenidos que permita el posterior cambio de actitudes, frente a la accidentalidad vial entre las autoridades locales.
- Rol educativo: promoción de **conductas saludables** entre la población.
- **Rol asistencial: prestar la atención oportuna** en condiciones de calidad y equidad.

En base al diagnóstico de la accidentalidad vial en Perú, para la implementación y desarrollo de la estrategia sanitaria se consideran considerando las particularidades de dos escenarios:

vías urbanas y carreteras; así como las tres fases del evento de tránsito y a los factores del ser humano e institucional (Sector Salud) vinculados a cada una de estas fases.

CONDUCTOR / PEON	CONDUCTOR	PEATON	INSTITUCIONALES
<p><b>ANTES</b></p> <p>Prevención de accidentes</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actitudes (imprudencia, excesiva velocidad, etc.)</li> <li>• Consumo de alcohol y drogas</li> <li>• Fatiga</li> </ul>	<p>Actitudes</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consumo de alcohol y Drogas</li> <li>• Niños menores transitando solos por vías de alto flujo de tránsito</li> <li>• Adultos mayores transitando en sitios de alto flujo de tránsito</li> <li>• Ausencia de medidas de protección a discapacitados</li> <li>• Ausencia de medidas de protección de los peatones y ciclistas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Articulación del MINSA con operadores pre hospitalarios</li> <li>• Preparación para la atención de lesiones traumáticas</li> <li>• <b>Sistema de Registro y vigilancia epidemio-lógica de lesiones traumáticas</b></li> <li>• Promoción en salud para reducir riesgos y daños</li> <li>• Investigación sobre lesiones traumáticas</li> <li>• <b>Desarrollo del SOAT</b></li> </ul>
<p><b>DURANTE</b></p> <p>Prevención de lesiones</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uso de dispositivos de seguridad (cinturón de seguridad, bolsa de aire, sillas para niños, cascos, etc.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uso de dispositivos de seguridad (cascos, etc.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención de casos moderados o graves de lesiones traumáticas</li> </ul>
<p><b>DESPUES</b></p> <p>Atención inmediata y recuperación</p>			<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Capacidad de resolución ante casos moderados o graves</b></li> <li>• Seguimiento de los casos con riesgo de discapacidad</li> <li>• Calidad de vida</li> </ul>

			relacionada a salud
--	--	--	---------------------

Al momento sólo se realiza la Consolidación de la estadística sobre casos de lesiones por accidentes de tránsito atendidos en nuestro Hospital , cifra global sin el llenado del Formato respectivo, pero cuyas cifras pueden estar sub-registradas y es de carácter urgente la conformación de un Equipo y Apoyo Logístico correspondiente.

### **PARA EL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA INSTITUCIONAL**

Se debe :

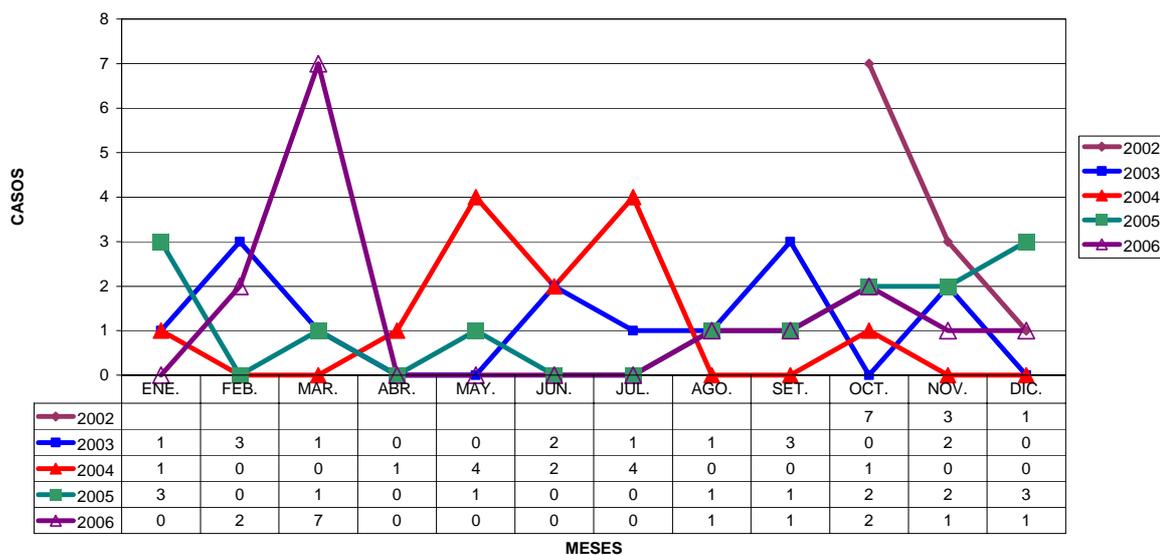
- Promover la protección de los usuarios vulnerables (menores de 12 años, adultos mayores, discapacitados) y grupos específicos (peatones, conductores, ciclistas, etc.).
- Fortalecer la capacidad de respuesta ante los accidentes de tránsito y promover la recuperación física - psíquica integral de las víctimas de éstos.
- Articular esfuerzos con las **entidades** que participan en la intervención de los riesgos asociados al entorno ambiental, infraestructura vial y vehículos; y las que están encargadas de la atención, regulación y control del transporte.

### **EXTRAINSTITUCIONAL**

- Conformación del Comité Distrital integrado por el Municipio de Comas y/o Carabaylo, PNP de la Jurisdiccional, Compañía de Bomberos.
- Preparar material de difusión (afiches y volantes) sobre medidas para prevenir accidentes de tránsito en grupos específicos: peatones y conductores de vehículos urbanos .

# ESTRATEGIAS

## VIGILANCIA EN ACCIDENTES LABORALES AÑOS 2002 - 2006 HOSPITAL SERGIO E. BERNALES



Se considera accidente de trabajo toda lesión orgánica o funcional que en forma violenta o repentina sufren los trabajadores a que se refiere el artículo 2° del Decreto Ley N° 18846 debido a causas externas a la víctima o al esfuerzo realizado por ésta y que origine reducción temporal o permanente en su capacidad de trabajo o produzca su fallecimiento.

# ESTRATEGIAS





HOSPITAL SERGIO E. BERNAL

## Situación de la Vigilancia de Dengue y Febriles

**Dra. Dina Bedoya Alvarez**  
Jefe de la Unidad de Epidemiología y  
Salud Ambiental

**Atención del paciente en consulta donde se llena la ficha de paciente febril y si se identifican casos probables de dengue se llena ficha de investigación de dengue.**

FICHA Técnica / Enfermera (logos) Ficha # 7665

Nombre y apellido: C. J. Santa Cruz (Luzmila) Fecha: 14.07.06

Edad: 4 años (masculino) Dirección: Calle 12 de Julio

Sexo:  Masculino  Femenino Departamento: Santa Cruz

¿Es un (a) (a) departamento en el último mes?  No  Sí

¿A qué departamento?  Concepción  San Juan Evangelista  Villa El Salvador  Reyes  Independencia

¿Viste alguno de los siguientes lugares del sector en los últimos meses?  No  Sí

REGISTRE LOS SIGNOS Y SINTOMAS PRESENTADOS EN LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS:

<input type="checkbox"/> Síntomas generales	<input type="checkbox"/> Acortado el respirador
<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza	<input checked="" type="checkbox"/> Dolor de garganta
<input type="checkbox"/> Dolor de espalda	<input type="checkbox"/> Sangrado por la nariz
<input type="checkbox"/> Dolor de estómago	<input type="checkbox"/> Sangrado por nariz o por encías
<input checked="" type="checkbox"/> Fiebre (más de 38°C)	<input type="checkbox"/> Tira
<input checked="" type="checkbox"/> Dolor de articulaciones de la mano	<input type="checkbox"/> Tira con sudor con sudor
<input type="checkbox"/> Mucosidad	<input type="checkbox"/> Acortado el respirador
<input type="checkbox"/> Puntos rojos en la piel (petechias)	<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza
<input type="checkbox"/> Irritación para orinar	<input type="checkbox"/> Dolor de articulaciones
<input type="checkbox"/> Lesión urinaria	<input type="checkbox"/> Dolor de estómago
<input type="checkbox"/> Rinitis	<input type="checkbox"/> Dolor de espalda
<input type="checkbox"/> Sangrado en piel (petechias, purpúras)	<input type="checkbox"/> Dolor de articulaciones
<input type="checkbox"/> Vómitos	<input type="checkbox"/> Dolor de estómago
<input type="checkbox"/> Diarrea	<input type="checkbox"/> Dolor de articulaciones
<input type="checkbox"/> Tira amarillenta en la orina	<input type="checkbox"/> Dolor de articulaciones

Fecha de inicio de signos y síntomas: 13.07.06

2006/07/19 10:10:22

## Vigilancia y Control Entomológica Distrito Comas - Año 2,006

PARTE I

Nº	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SECTOR	POBLAC.	TOTAL VIVIEND	ESC. EPIDEM.	I.A.		I.A. Ultimo	
						MIN-MAX	Nº DE REPORTES	REPORTE	FECHA
1	C.S. Santa Luzmila	Norte	26.803	5.361	II	0.0 - 6.7	07	0.0	Noviembre
2	C.S. Carlos Phillips	Norte	32.006	6.401	II	0.0 - 9.1	04	0.6	Noviembre
3	C.S. Húsares de Junín	Norte	24.565	4.913	II	0.0 - 7.2	05	1.1	Octubre
4	C.S. El Álamo	Norte	9.857	1.971	II	0.0 - 4.4	05	0.0	Noviembre
5	P.S. Santa Luzmila li	Norte	20.843	4.169	II	0.0 - 8.2	03	0.0	Noviembre
6	C.S. Clorinda Málaga	Norte	11.458	2.292	II	0.0 - 11.1	04	0.8	Noviembre
7	C.S. Carlos Protzel	Norte	16.712	3.342	II	0.0 - 2.3	03	0.7	Octubre
8	C.S. Comas	Norte	34.190	6.838	II	0.0 - 6.3	07	0.3	Noviembre
9	C.S. Santiago Apostol	Norte	15.650	3.130	II	0.0 - 2.3	08	0.0	Octubre
10	C.S. Carmen Medio	Norte	20.490	4.098	II	0.3 - 8.2	05	1.3	Octubre
11	C.S. Carmen Alto	Norte	11.693	2.339	II	0.0 - 9.4	07	0.8	Noviembre
12	P.S. La Pascana	Norte	7.736	1.547	II	0.0 - 15.6	04	0.0	Octubre
13	P.S. Señor de los Milagros	Norte	8.207	1.641	II	0.0 - 9.0	03	0.0	Octubre
14	C.S. Collique	Norte	38.324	7.665	II	0.0 - 13.0	04	0.0	Noviembre
15	C.S. Año Nuevo	Norte	28.465	5.693	II	0.0 - 6.1	05	0.0	Noviembre
16	C.S. Gustavo Lanatta	Norte	32.006	6.401	II	0.0 - 23.8	06	0.0	Noviembre
17	P.S. 11 de Julio	Norte	5.549	1.110	II	0.0 - 10.6	06	0.8	Octubre
18	P.S. Milagro de Jesús	Norte	9.506	1.901	II	0.0 - 18.8	05	0.3	Octubre
19	P.S. Laura Rodríguez	Norte	26.277	5.255	II	0.0 - 3.3	05	0.0	Noviembre
20	P.S. San Carlos	Norte	12.400	2.480	II	0.0 - 8.0	05	0.2	Octubre
21	P.S. Sangarara	Norte	18.127	3.625	II	0.0 - 9.2	06	0.0	Octubre
22	P.S. Primavera	Norte	12.400	2.480	II	0.0 - 16.9	05	0.0	Octubre
23	P.S. Los Geranios	Norte	11.399	2.280	II	0.0 - 1.8	03	0.0	Octubre

Fuente: Área de Salud Ambiental - Red de Salud VI Túpac Amaru

## Vigilancia y Control Entomológica Distrito Carabayllo - Año 2,006

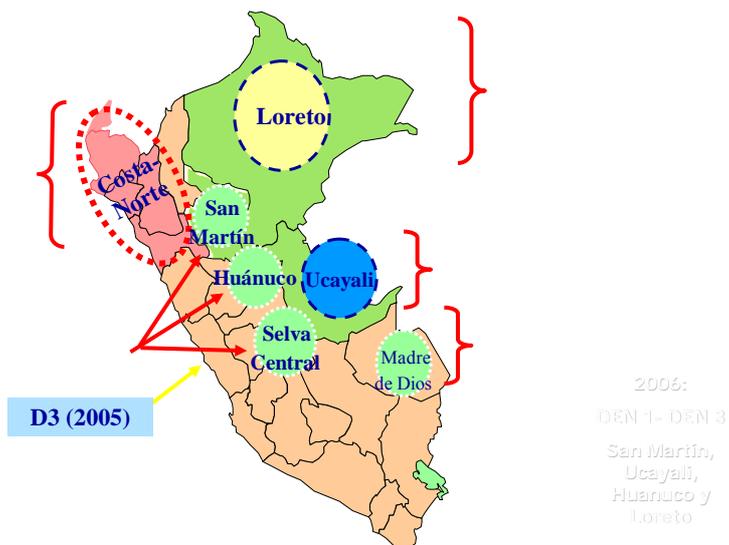
Nº	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SECTOR	POBLAC.	TOTAL VIVIEND	ESC. EPIDEM.	I.A.		I.A. Ultimo	
						MIN-MAX	Nº DE REPORTES	REPORTE	FECHA
1	C.S. Progreso	Norte	53,196	10,639	II	0.0 - 1.72	06	0.0	Octubre
2	C.S. La Flor	Norte	26,765	5,353	II	0.0 - 0.0	02	0.0	Octubre
3	C.S. Raúl Porras B.	Norte	18,836	3,767	II	0.0 - 1.86	05	0.0	Octubre
4	C.S. Villa Esperanza	Norte	17,047	3,409	II	0.0 - 3.72	06	0.0	Octubre
5	P.S. Chocas	Norte	3,147	629	I	0.0 - 0.0	02	0.0	Octubre
6	P.S. Punchauca	Norte	3,798	760	I	0.0 - 0.0	02	0.0	Octubre
7	P.S. Jorge Lingán	Norte	7,925	1,585	II	0.0 - 1.31	03	0.0	Octubre
8	P.S. Luis Enrique	Norte	11,780	2,356	II	0.0 - 2.14	03	0.0	Octubre

ESTABLECIMIENTO DE SALUD	ESCCEN. EPIDEM.	POBL.	TOTAL VIVIEND	INDICE AEDICOS MENSUALES														
				ENE		FEB		MAR		ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC
				VIG.	TRAT.	PROY. INS.	TRAT.	PROY. INS.	PROY. INS.									
C.S. Progreso	II	53,196	10,639	0.3	1.3	0.8		1.7			0.8					0.0		
C.S. La Flor	II	26,765	5,353	0.0												0.0		
C.S. Raúl Porras B.	II	18,836	3,767	0.0	1.9	1.9				0.4					0.0			
C.S. Villa Esperanza	II	17,047	3,409	0.3	3.7		1.9	3.7		1.9					0.0			
P.S. Chocas	I	3,147	629	0.0											0.0			
P.S. Punchauca	I	3,798	760	0.0											0.0			
P.S. Jorge Lingán	II	7,925	1,585	0.0						1.3					0.0			
P.S. Luis Enrique	II	11,780	2,356	0.0						2.1					0.0			

Fuente: Área de Salud Ambiental - Red de Salud VI Túpac Amaru



AREAS CON CIRCULACION DE SEROTIPOS DEL VIRUS DENGUE Y EN RIESGO DE DENGUE HEMORRAGICO





## CASOS SOSPECHOSOS DE DENGUE 18/04/05 AL 06/05/06



Dra. DINA C. BEDOYA ALVAREZ  
Jefe de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental

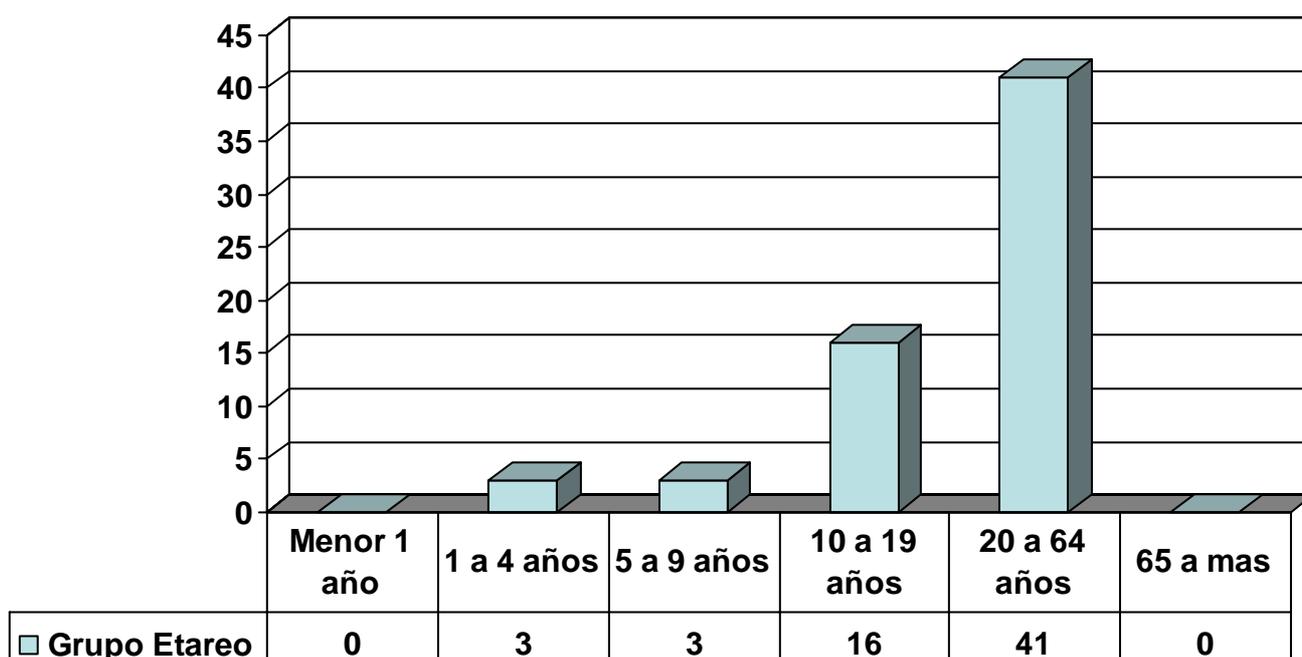


En la ciudad de Lima, se ha detectado la presencia del *Aedes aegypti* desde enero del 2000, desde esa fecha el vector continuó su expansión progresiva de manera que a fines del año 2005 el vector se encontraba presente en los distritos de La Victoria, Lima Cercado, Rímac, San Juan de Lurigancho, Puente Piedra, **Independencia, Comas, Carabaylo**, San Martín de Porres, Los Olivos, El Agustino, Santa Anita, Lurigancho, Ate Vitarte, Chaclacayo, La Molina, Villa María del Triunfo y Villa El Salvador. Sólo en la Región del Callao no se ha detectado la presencia del *Aedes aegypti*.

## SITUACION ACTUAL

- En nuestra institución se presentaron 63 casos probables de Dengue desde el día 18/04/2005 hasta el día 06 de mayo del 2005, el mayor N° de casos corresponde al grupo etareo de 20 a 64 años con 41 casos, siguiendo el grupo etareo de 10 a 19 años con 13 casos, y el grupo etareo de 5 a 9 años con 3 casos.

### PACIENTES SOSPECHOSOS A DENGUE POR GRUPO ETAREO DEL 18/04/05 A 06/05/05 HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

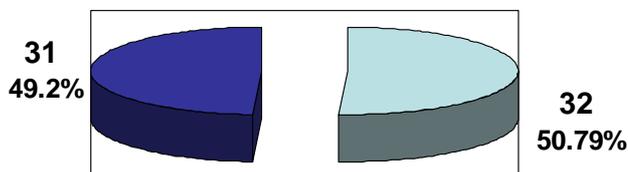


## PACIENTES SOSPECHOSO A DENGUE POR SEXO

DEL 18/04/05 AL 06/05/05  
HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

Del Universo del total contabilizado el 49.2% correspondió para el sexo masculino y el 50.79% para el sexo Femenino

PACIENTES SOSPECHOSO A DENGUE  
POR SEXO  
DEL 18/04/05 AL 06/05/05  
HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

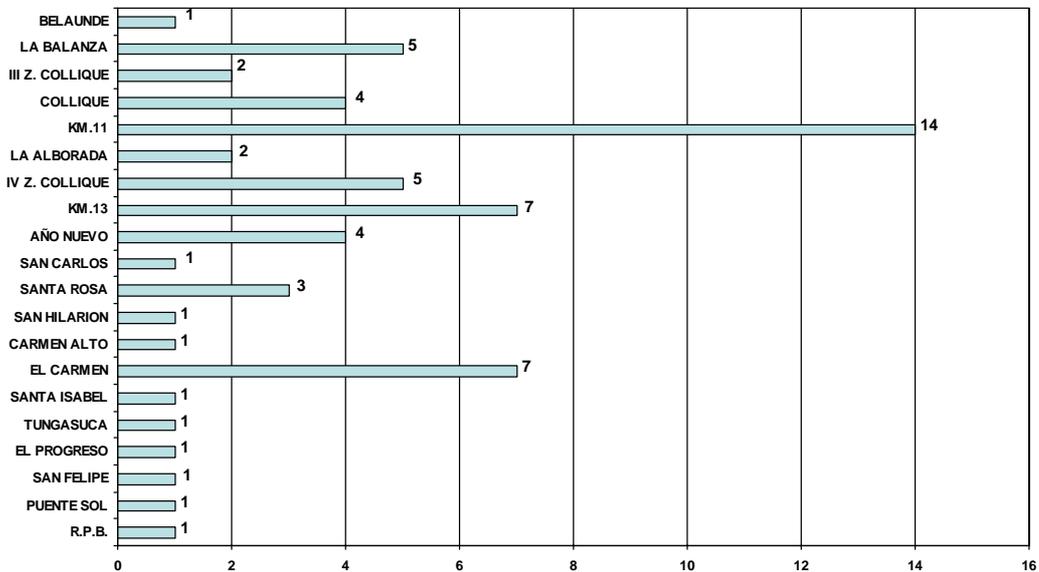


■ FEMENINO ■ MASCULINO

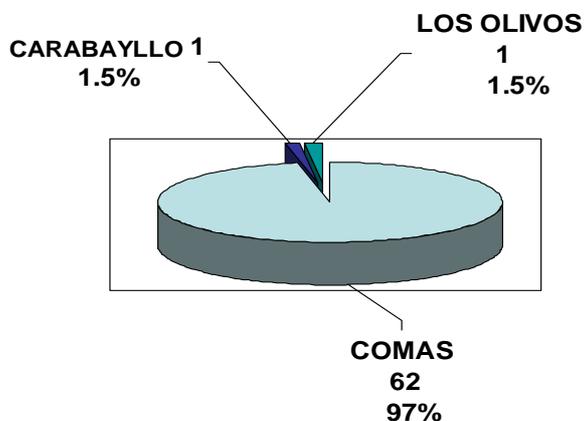
**PACIENTES SOSPECHOSOS A DENGUE POR LOCALIDADES**  
**18/04/05 AL 06/05/05**  
**HOSPITAL SERGIO E. BERNALES**

- Respecto a la demanda por Localidad la Libertad Km.11 con 14 casos luego la Localidades Señor de los Milagros con 7 casos, El Carmen 7 casos la Balanza con 5 casos.
- Collique : 4ta zona de Collique con 5 casos y 1ra. Collique con 4 casos y 3ra. con 2 casos.
- Otros : 19
- Por Distrito la mayoría de casos corresponde a Comas con 61 casos (97%), Carabayllo con 1 caso (1.5%) y Los Olivos con 1 caso de 1.5%.

**PACIENTES SOSPECHOSOS A DENGUE POR LOCALIDADES**  
**18/04/05 AL 06/05/05**  
**HOSPITAL SERGIO E. BERNALES**



**PACIENTES SOSPECHOSOS A DENGUE POR  
DISTRITO 18/04/05 AL 06/05/05 HOSPITAL  
SERGIO E. BERNALES**

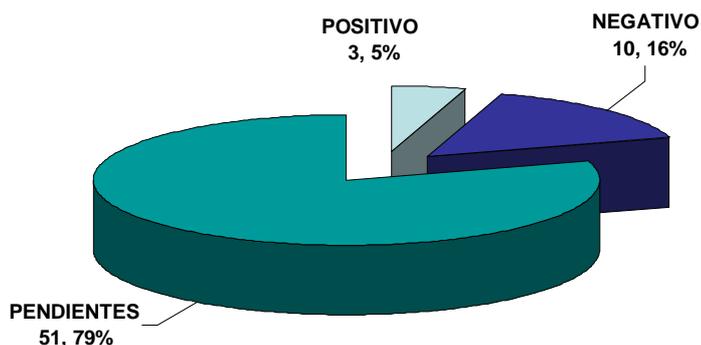


**RESULTADOS DE  
LABORATORIO**

Los resultados IgM de los pacientes son:

- 3 Positivos
- 10 Negativos
- 50 Cuyos resultados no fueron reportados

**RESULTADO IgM DE LOS PACIENTES DE  
DENGUE 18/04/05 AL 06/05/05 HOSPITAL  
SERGIO E. BERNALES**



# EVALUACION ANUAL



## ESTRATEGIA SANITARIA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO AÑO 2006

Lic. ESTHER SANCHEZ C.

## LOGROS Y AVANCES

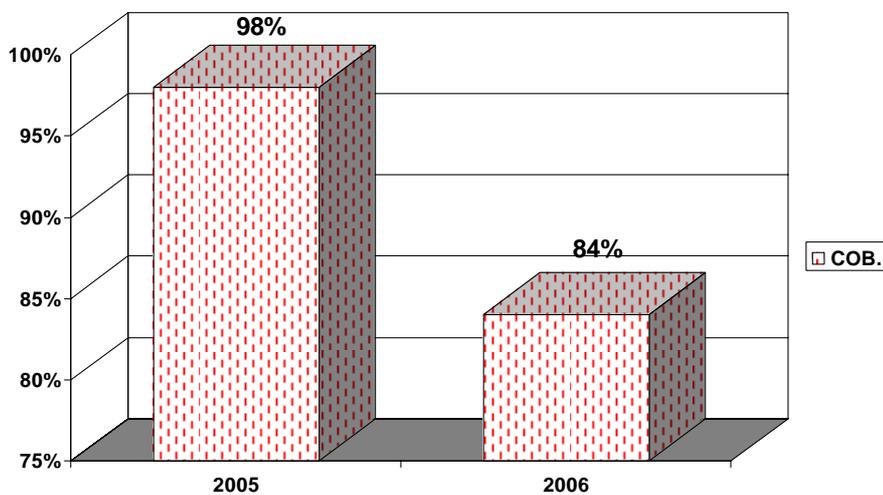
- Elaboración del Plan Operativo 2006.
- Trabajo coordinado con las Programas PAI, EDA, IRA, Nutrición, Psicología y Odontología.
- Los niños de pediatría 3 están siendo referidos a CRED a los dos meses.
- Se cuenta con 01 libro de registro para seguimiento de riesgo y desnutrición.
- Capacitación en Servicio Dirigido a alumnos de Institutos Superiores y Universidades.

## INDICADORES COMPARATIVOS

INDICADORES	AÑO 2005	AÑO 2006
$\frac{\text{N}^\circ \text{ TOTAL DE NIÑOS ATENDIDOS } < 1 \text{ AÑO}}{\text{N}^\circ \text{ TOTAL DE NIÑOS } < 1 \text{ AÑO}} \times 100$	$\frac{1225}{1250} = 98\%$	$\frac{1039}{1237} = 84\%$
$\frac{\text{N}^\circ \text{ TOTAL DE NIÑOS ATENDIDOS } 1-4 \text{ AÑOS}}{\text{N}^\circ \text{ TOTAL DE NIÑOS } 1 - 4 \text{ AÑOS}} \times 100$	$\frac{765}{5149} = 15\%$	$\frac{730}{2548} = 29\%$
$\frac{\text{N}^\circ \text{ TOTAL DE NIÑOS CONTROLADOS } < 1 \text{ AÑO}}{\text{N}^\circ \text{ TOTAL DE NIÑOS } < 1 \text{ AÑO}} \times 100$	$\frac{427}{1250} = 34\%$	$\frac{421}{1237} = 34\%$
$\frac{\text{N}^\circ \text{ TOTAL DE NIÑOS CONTROLADOS } 1-4 \text{ AÑO}}{\text{N}^\circ \text{ TOTAL DE NIÑOS DE } 1 \text{ A } 4 \text{ AÑOS}} \times 100$	$\frac{372}{2579} = 14\%$	$\frac{254}{1899} = 13\%$
$\frac{\text{N}^\circ \text{ TOTAL DE NIÑOS CON L.M.E. (6 meses)}}{\text{N}^\circ \text{ TOTAL DE NIÑOS } < 1 \text{ AÑO PROGRAMADO}} \times 100$	$\frac{533}{1356} = 39\%$	$\frac{532}{1220} = 44\%$

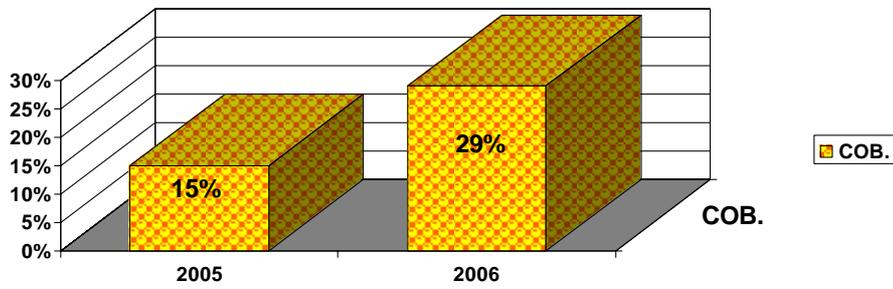
### INDICADOR COMPARATIVO AÑOS 2005 - 2006

$\frac{\text{N}^\circ \text{ TOTAL DE NIÑOS ATENDIDOS } < 1 \text{ AÑO}}{\text{N}^\circ \text{ TOTAL DE NIÑOS } < 1 \text{ AÑO}} \times 100$



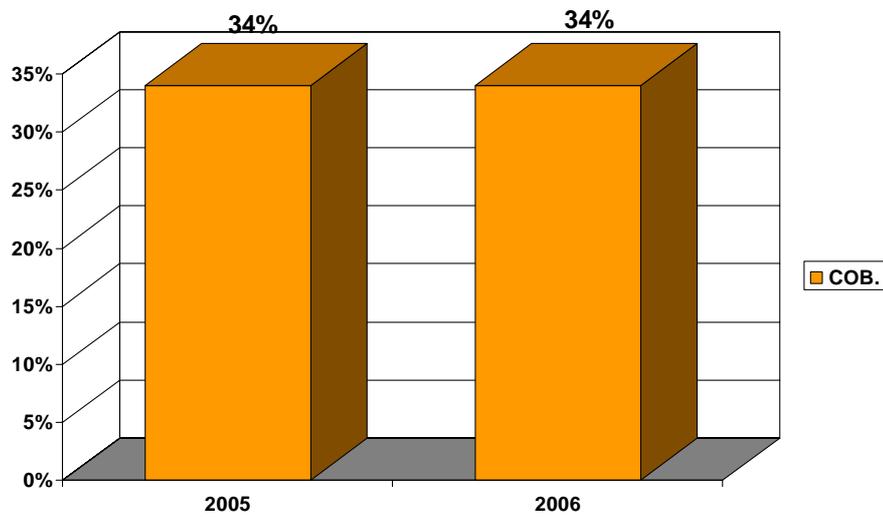
### INDICADOR COMPARATIVO AÑOS 2005 - 2006

$\frac{\text{Nº TOTAL DE NIÑOS ATENDIDOS 1-4 AÑOS} \times 100}{\text{Nº TOTAL DE NIÑOS 1-4 AÑOS}}$



### INDICADOR COMPARATIVO AÑOS 2005 - 2006

$\frac{\text{Nº TOTAL DE NIÑOS CONTROLADOS < 1 AÑO} \times 100}{\text{Nº TOTAL DE NIÑOS < 1 AÑO}}$

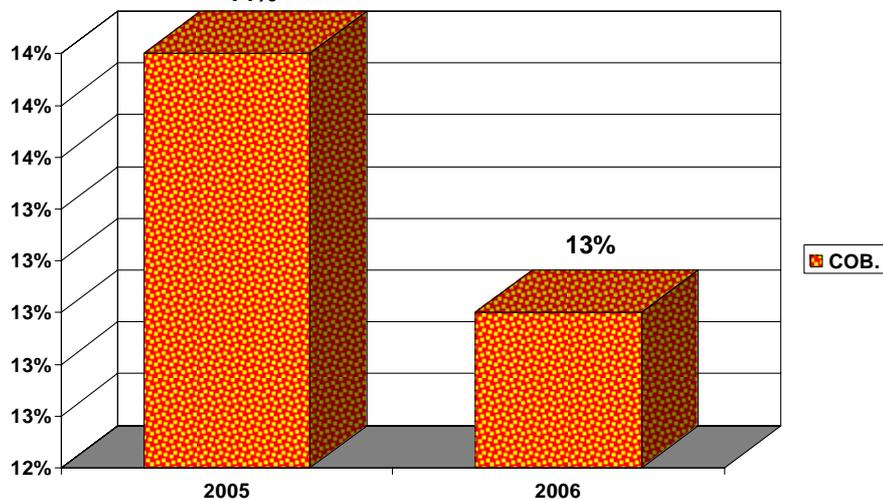


### INDICADOR COMPARATIVO AÑOS 2005 - 2006

Nº TOTAL DE NIÑOS CONTROLADOS 1-4 AÑOS X100

Nº TOTAL DE NIÑOS DE 1 A 4 AÑOS

14%

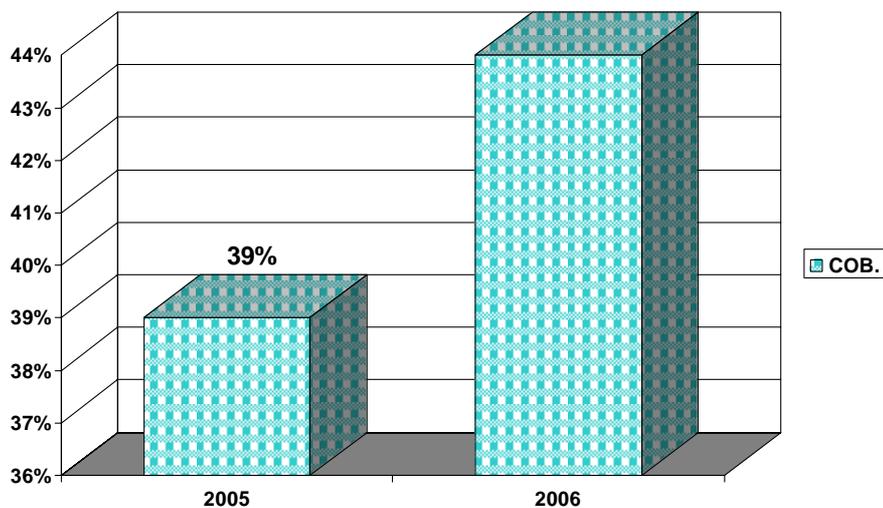


### INDICADOR COMPARATIVO AÑOS 2005 - 2006

Nº TOTAL DE NIÑOS CON L.M.E (6 Meses) X100

Nº TOTAL DE NIÑOS < 1 AÑO PROGRAMADO

44%

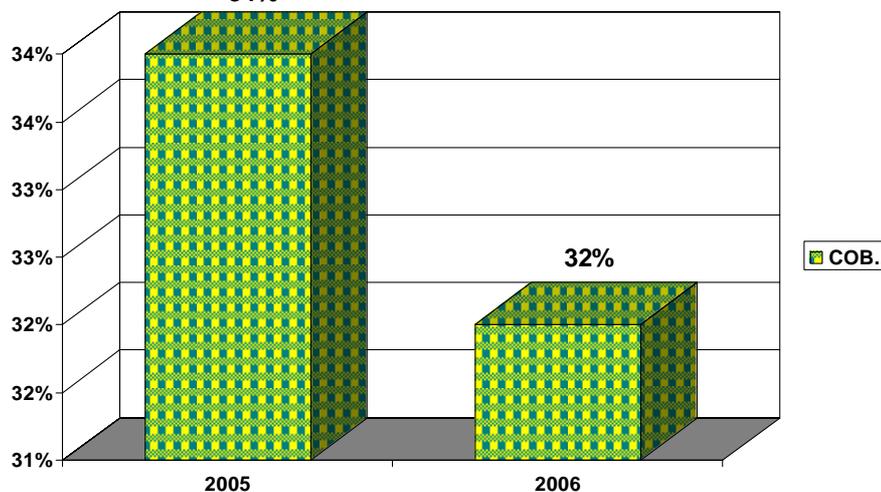


## INDICADORES COMPARATIVOS

INDICADORES	AÑO 2005	AÑO 2006
$\frac{\text{N}^\circ \text{ TOTAL DE NIÑOS } < 1 \text{ AÑO CON RN RECUP.} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ TOTAL DE NIÑOS } < 1 \text{ AÑO CON RN CAPTADO}}$	$\frac{67}{200} = 34\%$	$\frac{133}{421} = 32\%$
$\frac{\text{N}^\circ \text{ DE NIÑOS 1-4 AÑOS CON RN RECUPER.} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ DE NIÑOS 1-4 AÑOS CON RN CAPTADO}}$	$\frac{54}{136} = 40\%$	$\frac{25}{110} = 23\%$
$\frac{\text{N}^\circ \text{ TOTAL DE NIÑOS } < 1 \text{ AÑO CON DESN. AGUD} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ TOTAL DE NIÑOS 1 AÑO CON RN CAPTADOS}}$	$\frac{3}{200} = 1.5\%$	$\frac{1}{93} = 1.0\%$
$\frac{\text{N}^\circ \text{ TOTAL DE NIÑOS 1-4 AÑO CON DESN. AGUD} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ TOTAL DE NIÑOS DE 1 A 4 AÑOS CON RN CAPT.}}$	$\frac{7}{136} = 5\%$	$\frac{3}{100} = 3\%$

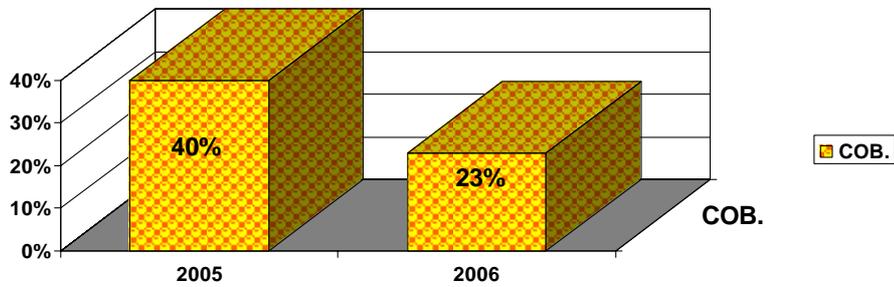
### INDICADOR COMPARATIVO AÑOS 2005 - 2006

$\frac{\text{N}^\circ \text{ TOTAL DE NIÑOS } < 1 \text{ AÑO CON RN RECUP.} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ TOTAL DE NIÑOS } < 1 \text{ AÑO CON RN CAPTADO}}$   
34%



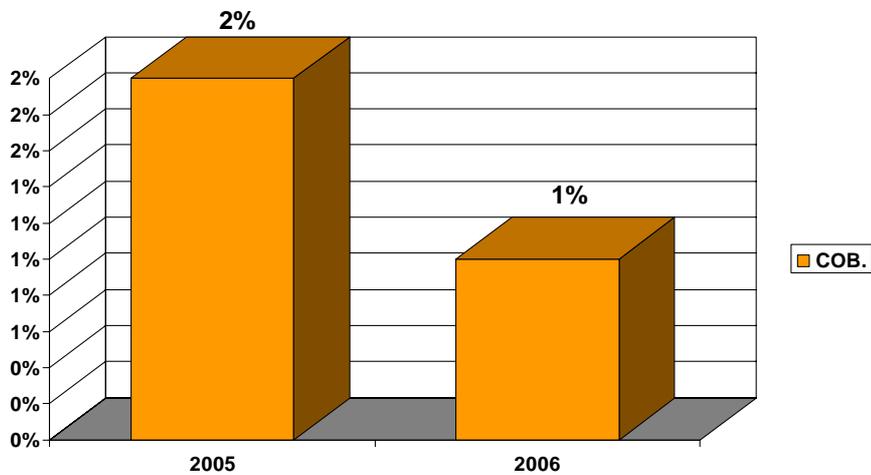
### INDICADOR COMPARATIVO AÑOS 2005 - 2006

$$\frac{\text{Nº DE NIÑOS 1-4 AÑOS CON RN RECUPERADO}}{\text{Nº DE NIÑOS 1-4 AÑOS CON RN CAPTADO}} \times 100$$



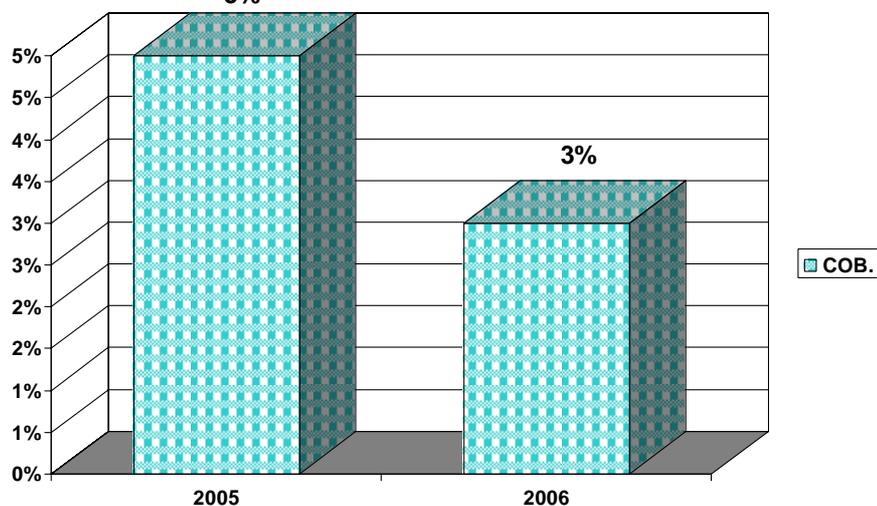
### INDICADOR COMPARATIVO AÑOS 2005 - 2006

$$\frac{\text{Nº TOTAL DE NIÑOS < 1 AÑO CON DESNU. AGUDA}}{\text{Nº TOTAL DE NIÑOS < 1 AÑO CON RN CAPTADOS}} \times 100$$

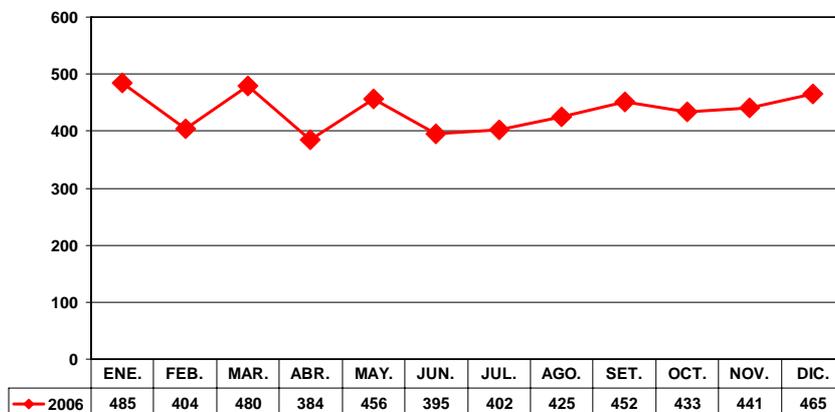


### INDICADOR COMPARATIVO AÑOS 2005 - 2006

$\frac{\text{N}^\circ \text{ TOTAL DE NIÑOS 1-4 AÑOS CON DESNU. ADUGA X 100}}{\text{N}^\circ \text{ TOTAL DE NIÑOS DE 1 A 4 AÑOS CON RN CAPTADO}}$   
5%

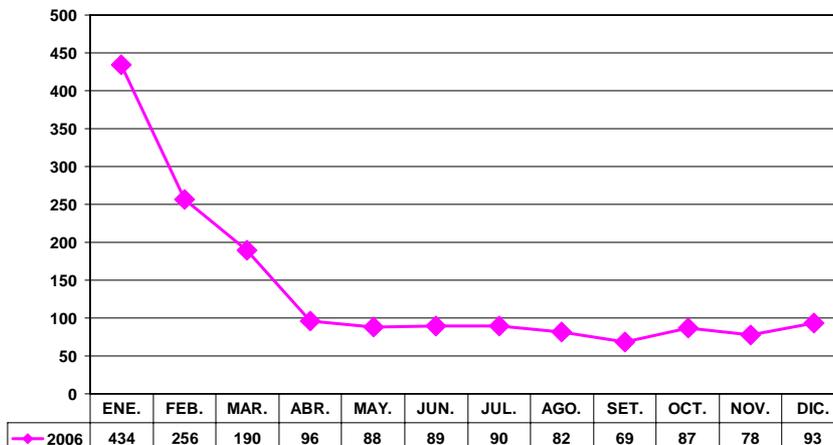


### TOTAL DE ATENCIONES AÑO - 2006



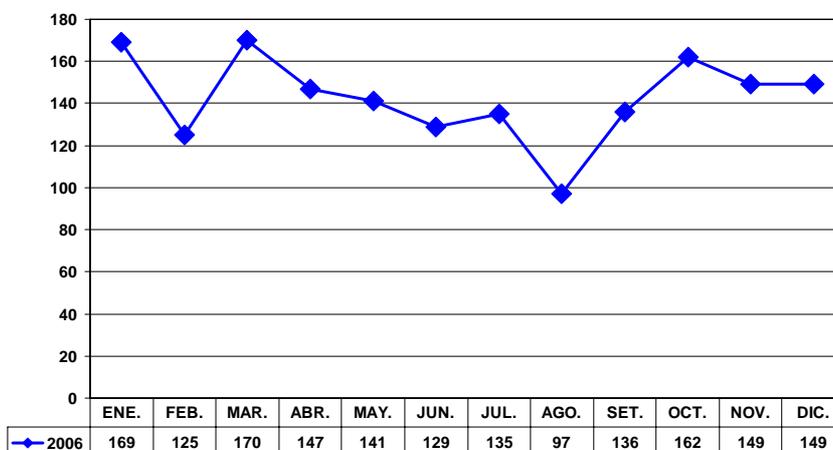
Total Atenciones: 5222

### TOTAL DE ATENDIDOS AÑO - 2006



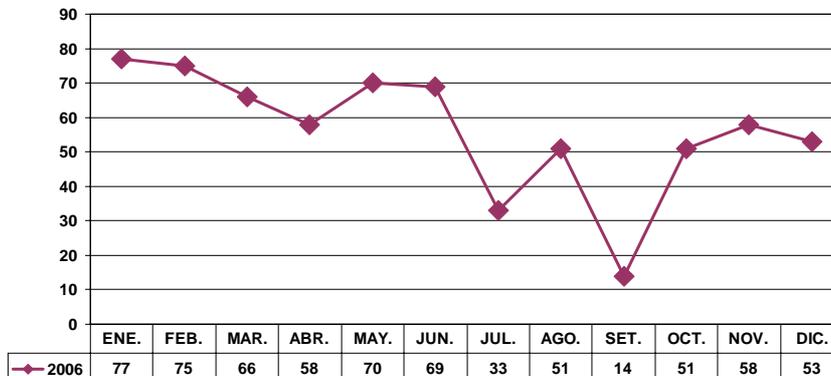
Total Atendidos: 1652

### 1ER. CONTROL DE 0 A 9 AÑOS AÑO - 2006



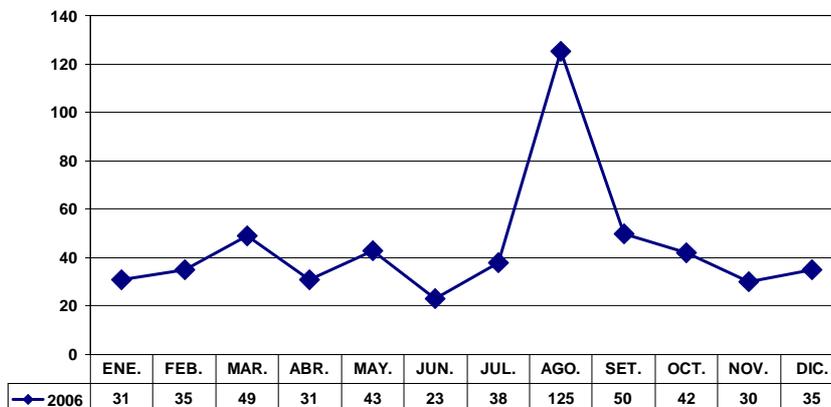
Total 1er. Control: 1709

**NIÑOS CONTROLADOS  
ESTRATEGIA DE CRECIMIENTO Y  
DESARROLLO  
AÑO - 2006**



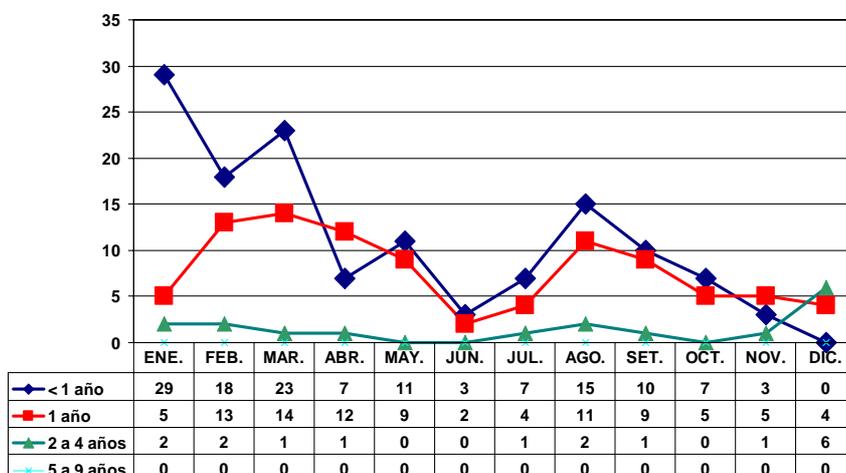
**Total de Controlados: 675**

**LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA  
AL 6TO MES < 1 AÑO  
AÑO - 2006**



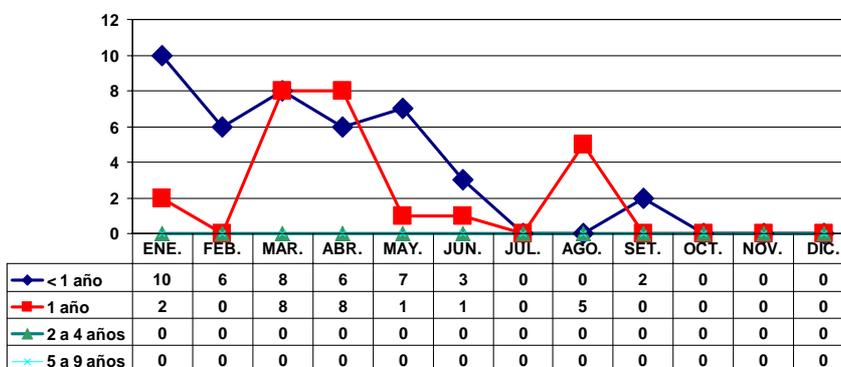
**Total de Lactancia Materna: 532**

### RIESGO DE DESNUTRICION CAPTADOS AÑO - 2006



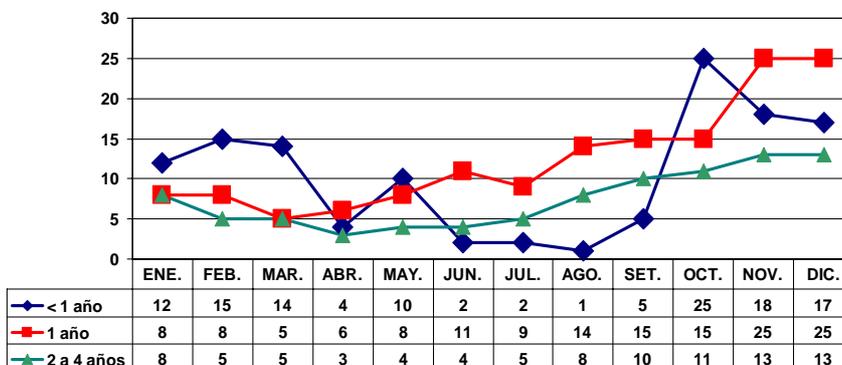
Total de Riesgo de Desnutrición: 243

### RIESGO DE DESNUTRICION RECUPERADO AÑO - 2006



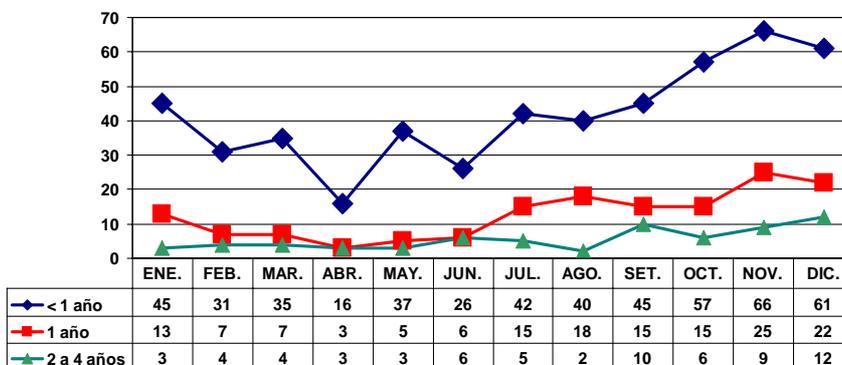
Total : 67

**RIESGO EN EL DESARROLLO EN AREAS:  
AREA EN EL LENGUAJE  
AÑO - 2006**



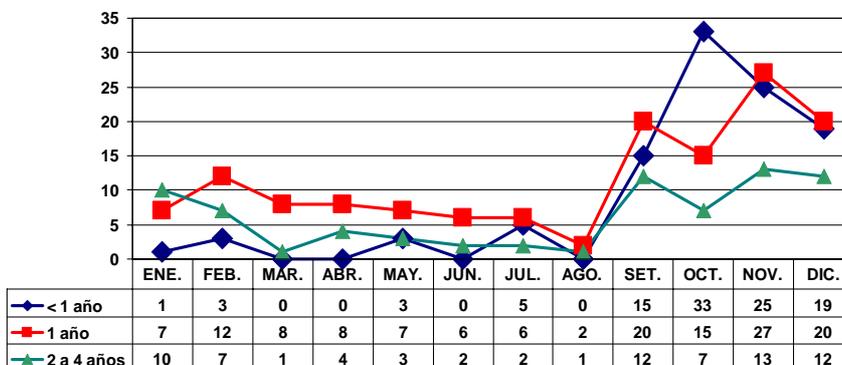
Total : 2426

**RIESGO EN EL DESARROLLO EN AREAS:  
AREA DE COORDINACION  
AÑO - 2006**



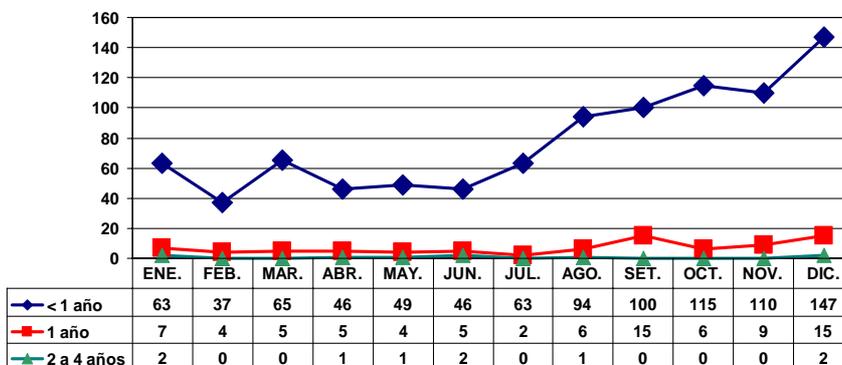
Total : 720

**RIESGO EN EL DESARROLLO EN AREAS:  
EN EL AREA SOCIAL  
AÑO - 2006**



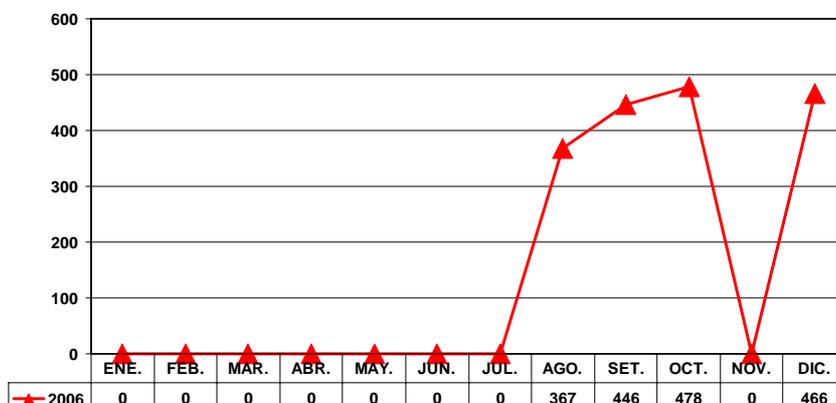
Total : 313

**RIESGO EN EL DESARROLLO EN AREAS:  
EN EL AREA MOTORA  
AÑO - 2006**



Total : 1027

### Nº DE CONSEJERIA EN SALUD INTEGRAL DEL NIÑO AÑO - 2006



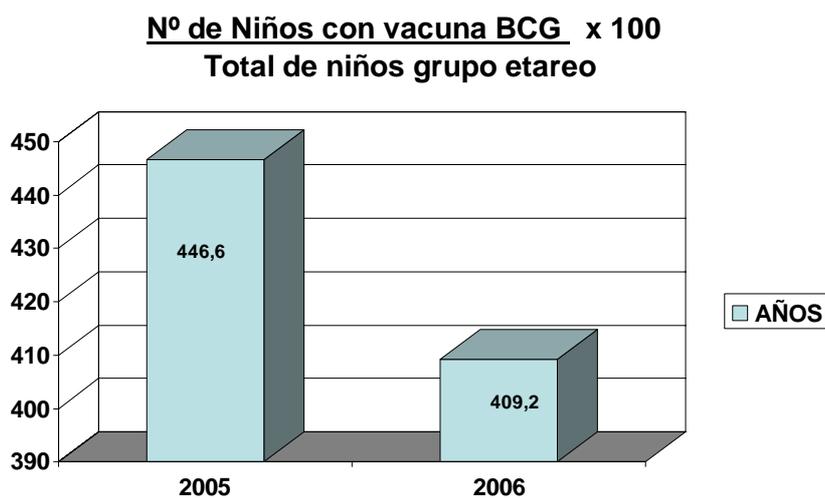
Total.: 1757

## CONCLUSIONES

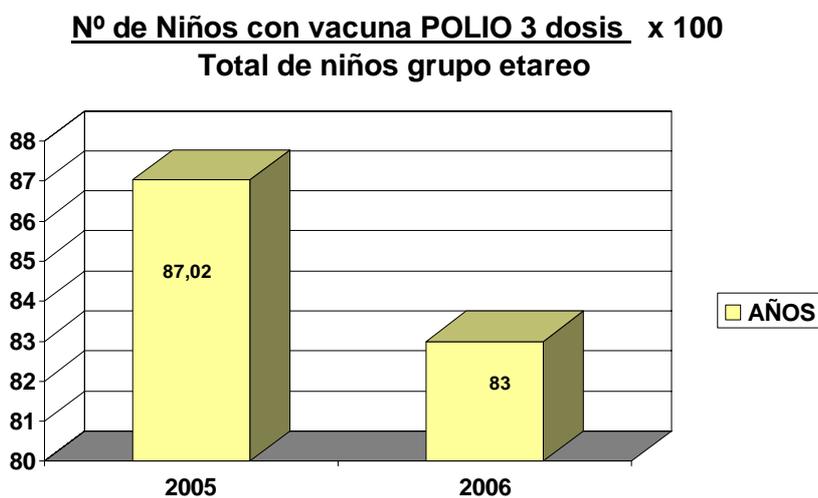
- Se cuenta con una infraestructura adecuada, aunque alejada de las Consultorios de PAI, Nutrición y Pediatría 1.
- Se ha evaluado las localidades de donde provienen los niños a la Consulta CRED, para determinar la jurisdicción y realizar el seguimiento.
- Para poder lograr que el niños este controlado se debe realizar seguimiento y/o coordinar con el Centro de Salud de su jurisdicción.

**PROGRAMA DE INMUNIZACIONES**  
**RESPONSABLE: LIC. PILAR FAJARDO**

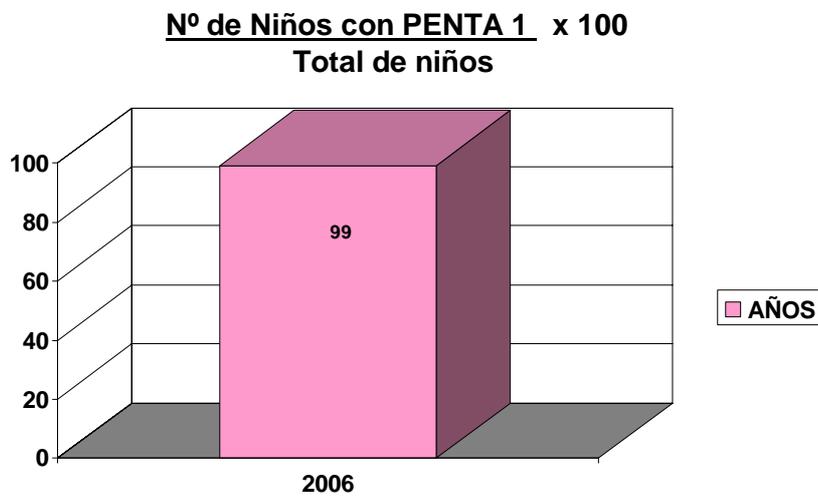
## COMPARATIVOS AÑOS 2005 - 2006



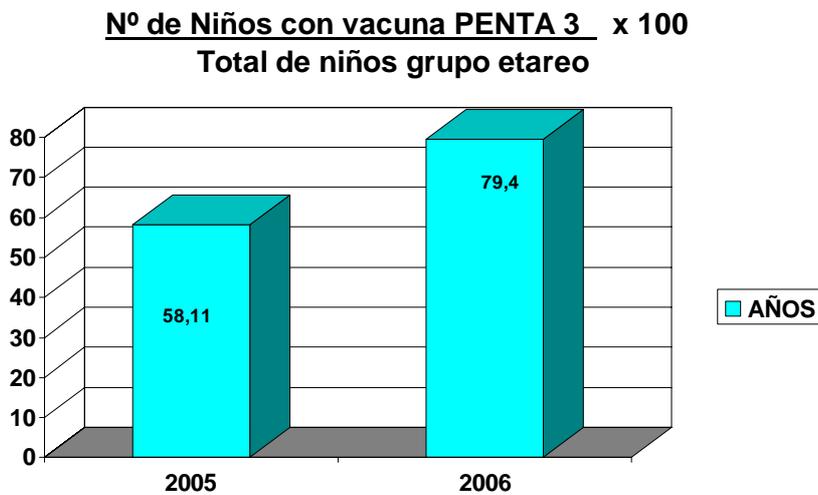
## COMPARATIVOS AÑOS 2005 - 2006



## COMPARATIVOS AÑOS 2005 - 2006

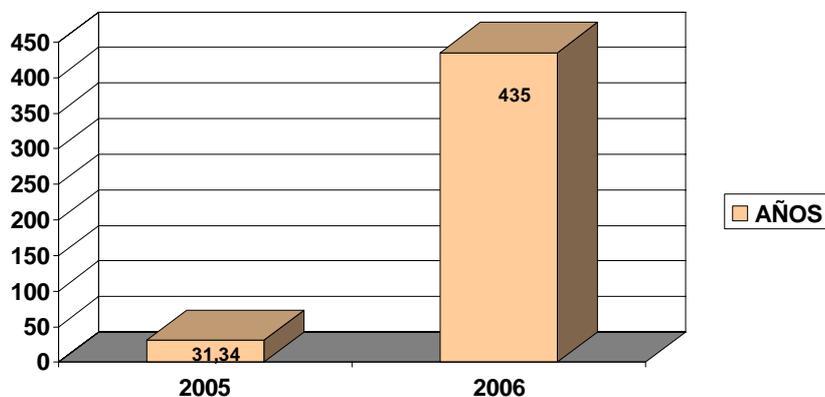


## COMPARATIVOS AÑOS 2005 - 2006



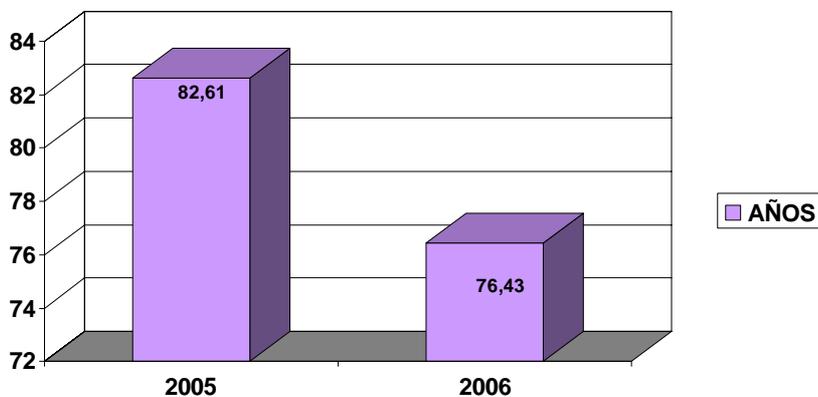
## COMPARATIVOS AÑOS 2005 - 2006

Nº de Niños RN con vacuna HvB3 dosis x 100  
Total de niños grupo etareo

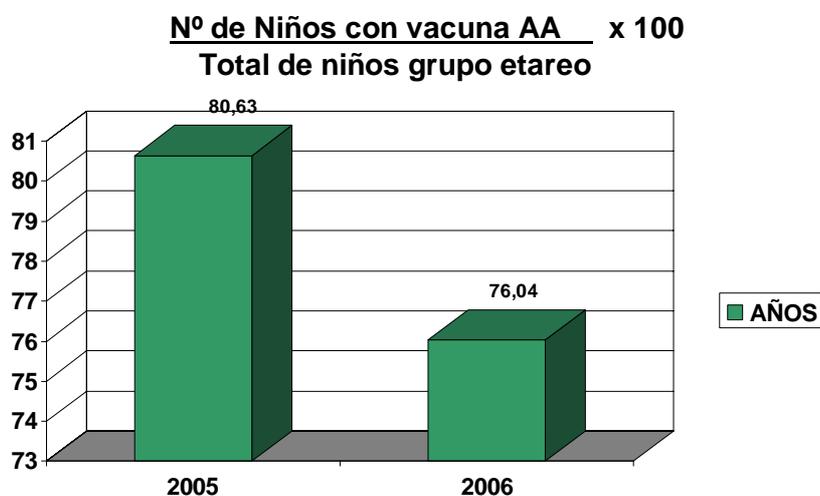


## COMPARATIVOS AÑOS 2005 - 2006

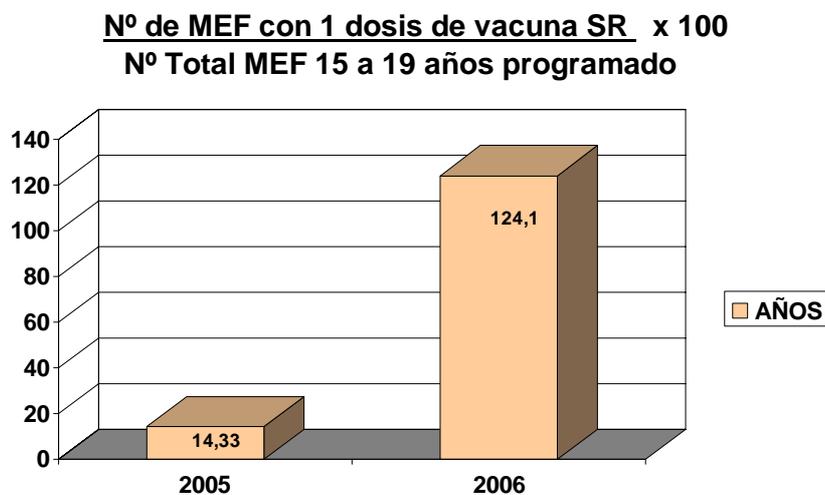
Nº de Niños con vacuna ASA/SPR x 100  
Total de niños grupo etareo



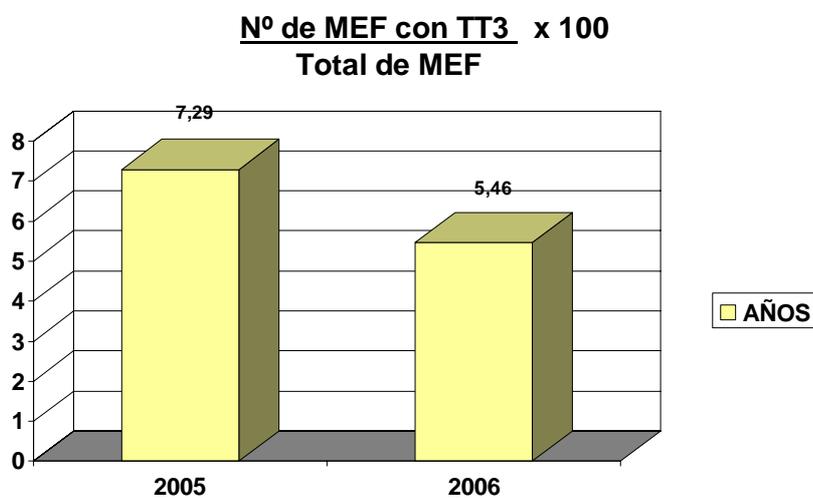
## COMPARATIVOS AÑOS 2005 - 2006



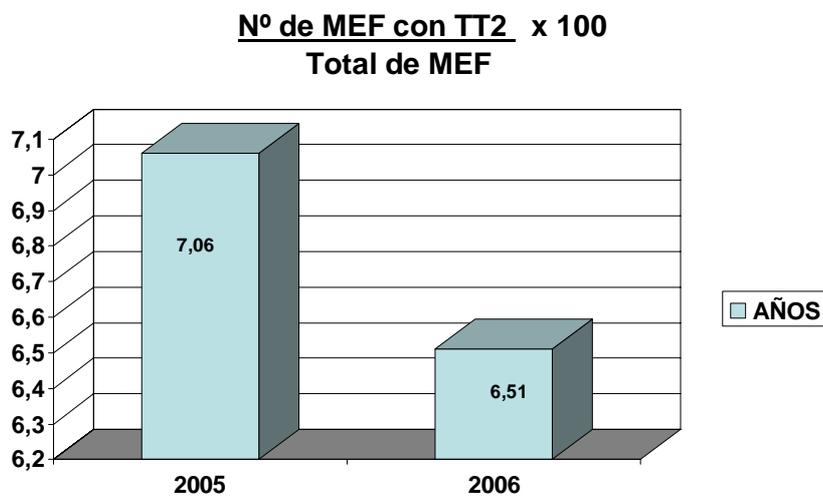
## COMPARATIVOS AÑOS 2005 - 2006



## COMPARATIVOS AÑOS 2005 - 2006

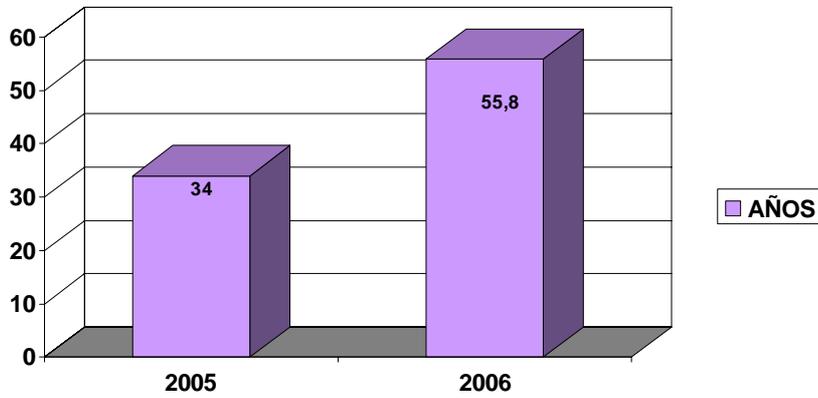


## COMPARATIVOS AÑOS 2005 - 2006



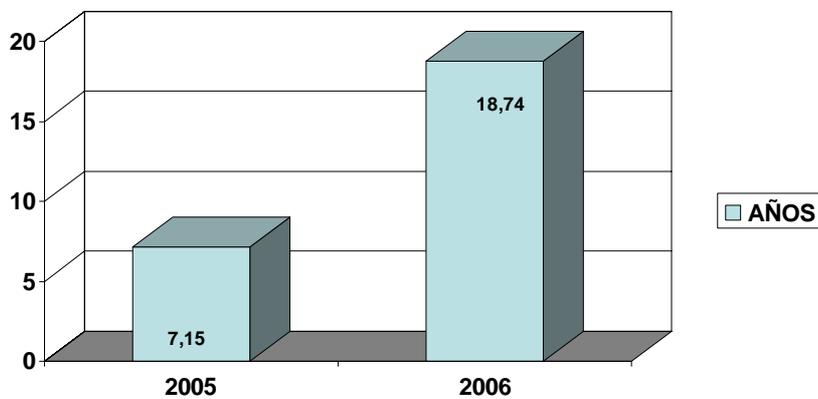
## COMPARATIVOS AÑOS 2005 - 2006

$\frac{\text{N}^\circ \text{ de MEF Gestantes TT2, TT3, TT4, TT5}}{\text{Total de Gestantes}} \times 100$



## COMPARATIVOS AÑOS 2005 - 2006

$\frac{\text{N}^\circ \text{ de MEF Gestantes TT2}}{\text{Total de Gestantes}} \times 100$



MINISTERIO DE SALUD  
 HOSPITAL SERGIO E. BERNALES  
 DEPARTAMENTO DE ODONTOESTOMATOLOGIA

## ACTIVIDADES REALIZADAS ANUAL - 2006

ACTIVIDADES	TOTAL
Aplicación de fluor gel 1.23 %	582
Apiceptomia	1
Alveolotomía Correctora	2
Exodoncia Simple.	1469
Exodoncia Compleja.	71
Curación con Amalgama.	939
Curación co Resina Fotocurado.	1045
Curación temporal o p5rovisional.	15
Aplicación de Ionómero de Vidrio.	135
Consulta Odontológica.	2640
Interconsulta Odontológica CRED.	161
Otros procedimientos Odontológicos	3
Retiro de puntos.	81
Sutura y/o curación de herida cav.Bucal.	38
Toma e informe de RX Oclusal.	18
Toma e informe de RX periapical.	1447
Profilaxia Dental.	756
Sesión Endodontica.	508
Recubrimiento Pulpar	43
Tratamiento de Alveolitis.	52
Cirugía Bucal (Operculectomía, Frenect., Etc.)	48
Debridación de Absceso Buco-Dental.	25
Apertura Cameral.	24

N° de atendidos (Nuevos+ Reingresos) Exa. En Serv.	3020
--	------

N° de actividades en servicio (Sumatoria Total ) ATO.	12833
---	-------

## ANALISIS DE INDICADORES AVANCE A N U A L - 2 0 0 6

ACTIVIDADES	INICADORES DE EVALUCION	FORMULA A APLICAR		RESULTADO %
Atención Asistencial a Gestantes	Indice de Profilaxis De Gestantes	N° Profilaxis a Gestantes=	225 X 100	125%
		N° Población sujeta a Programación	180	
Atención Asistencial a Gestantes	Indice de ATO de Gestantes	N° de ATO realizadas a Gestantes =	410 X 100	40,51%
		N° de ATO programadas a Gestantes	1012	
Atención Asist. a niños (0-9) años	Indice de cobertura niños (0-9) años	N°de ATO realizadas a niños(0-9) =	2197 X 100	109,95%
		N° de ATO programadas niños(0-9)	1998	
Atención Asistencial a Adolescentes de (10-19) años.	Indice de Adolescentes de (10-19) años.	N° de ATO realizadas a adolescentes de (10-19) años =	2137 x 100	98,20%
		N° de ATO programadas a adolesc. de (10-19) años	2176	
Atención a Demanda	Indice de ATO en DEMANDA	N° de ATO realizadas de Demanda =	7539 X 100	100,17%
		N° de ATO programadas a Demanda	7526	
Topicaciones	Indice de Topicaciones	N° de Topic. de Flúor realizadas =	582 X 100	116,40%
		N° de Topic. de Flúor Programadas	500	
Actividades Profesionales	Indice de Beneficiarios	N° de Beneficiarios (Charlas) =	3886 X 100	107,94%
		N° de Beneficiarios Programadas	3600	

RENDIMIENTO ( HORA ODONTOLÓGICA) -- 3.7- STÁNDAR - 3

CONCENTRACION : 4.24

## ESTRATEGIAS SANITARIA PREVENCIÓN Y CONTROL DE ITS / VIH – SIDA

CUADROS COMPARATIVOS AÑO 2005 / 2006

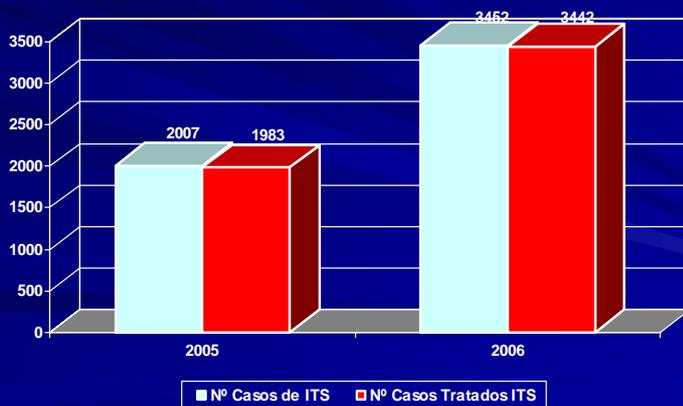
Responsable : LIC. GISELLA BARAHONA GARCIA  
Establecimiento : HOSPITAL SERGIO E BERNALES

LIMA - PERU

Hospital  
Sergio E. Bernales

### CASOS DE ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL DIAGNOSTICADOS Y TRATADOS AÑOS 2005 - 2006

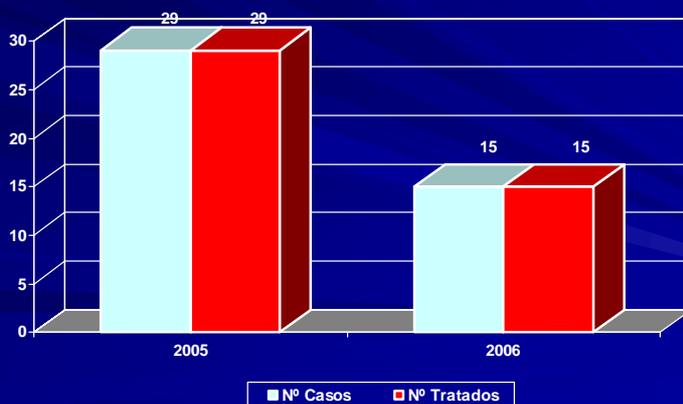
AÑOS	2005	2006
Nº Casos de ITS	2007	3452
Nº Casos Tratados ITS	1983	3442



Hospital  
Sergio E. Bernales

**CASOS DE SIFILIS EN POBLACION GENERAL  
DIAGNOSTICADOS Y TRATADOS  
AÑOS 2005 - 2006**

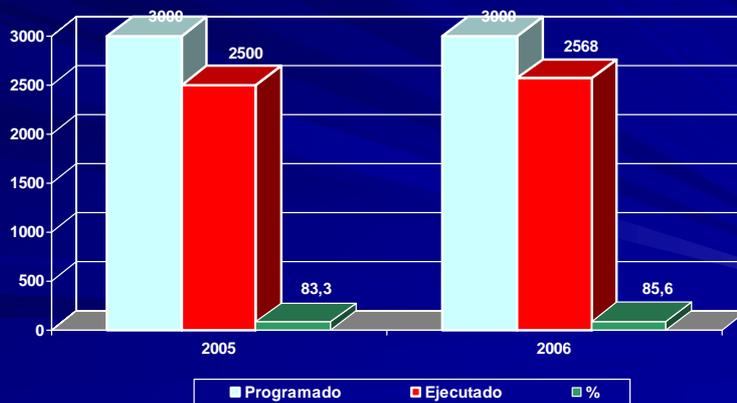
AÑOS	2005	2006
Nº Casos	29	15
Nº Tratados	29	15



Hospital  
Sergio E. Bernales

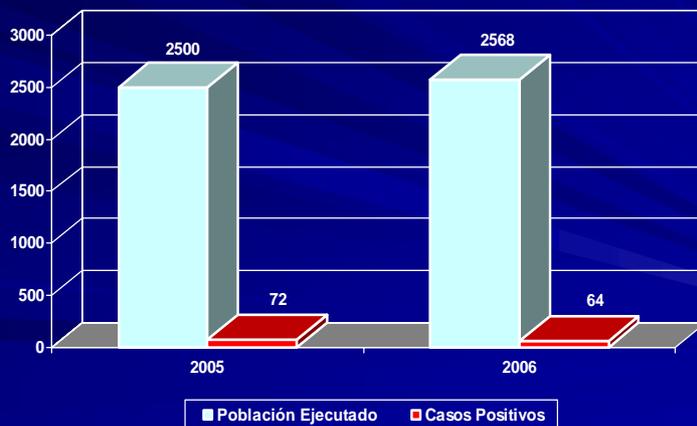
**TAMIZAJE EN POBLACION GENERAL  
PARA ELISA VIH  
AÑOS 2005 - 2006**

AÑOS	PROGRAMADO	EJECUTADO	%
2005	3000	2500	83,3
2006	3000	2568	85,6



**RESULTADOS REACTIVO DE ELISA PARA VIH  
AÑOS 2005 - 2006**

AÑOS	2005	2006
Población Ejecutado	2500	2568
Casos Positivos	72	64

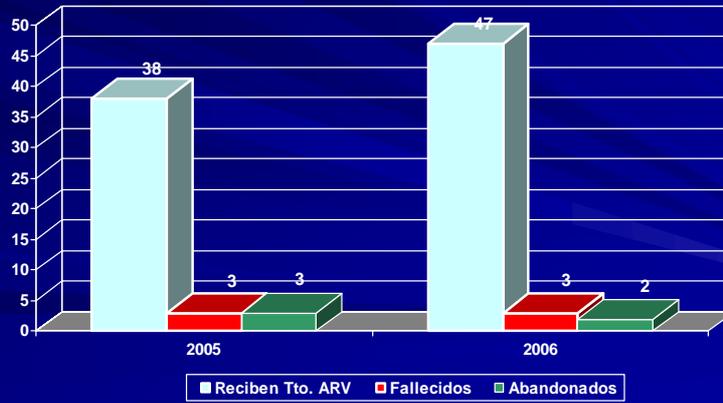


**CUADRO COMPARATIVO DE CONSEJERIA A POBLACION GENERAL  
AÑOS 2005 - 2006**

CONSEJERIAS	AÑOS	PROGRAMADO	EJECUTADO	%
Para VIH Pre-Test	2005	3500	3040	87
Para VIH Pos-Test	2005	2700	2795	103.5
Consejería en ITS	2005	2500	4373	174.9
Consejería a PVVS	2005	2000	1765	88.2
Para VIH Pre-Test	2006	3000	2728	90.9
Para VIH Pos-Test	2006	3000	2230	74.3
Consejería en ITS	2006	2200	2403	109.2
Consejería a PVVS	2006	2000	1038	51.9

**CUADRO COMPARATIVO DE PACIENTES  
CON VIH / SIDA EN TARGA  
AÑOS 2005 - 2006**

AÑOS	RECIBEN TTO. ARV	FALLECIDOS	ABANDONOS
2005	38	3	3
2006	47	3	2



## ESTRATEGIA SANITARIA PREVENCIÓN Y CONTROL ITS / VIH SIDA

### TRANSMISIÓN VERTICAL CUADRO COMPARATIVO AÑO 2005 / 2006

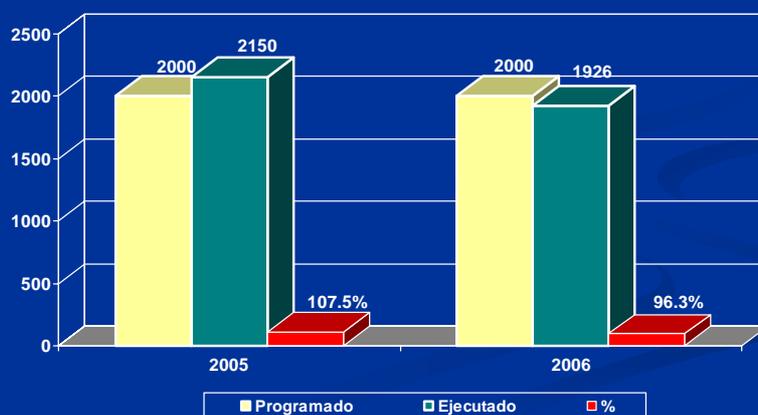
Responsable : PATRICIA ARGUMEDO OLIVARES  
Establecimiento : HOSPITAL SERGIO E BERNALES

LIMA / PERU

Hospital  
Sergio E. Bernales

### CUADRO COMPARATIVO PRUEBA DE ELISA PARA VIH AÑOS 2005 - 2006

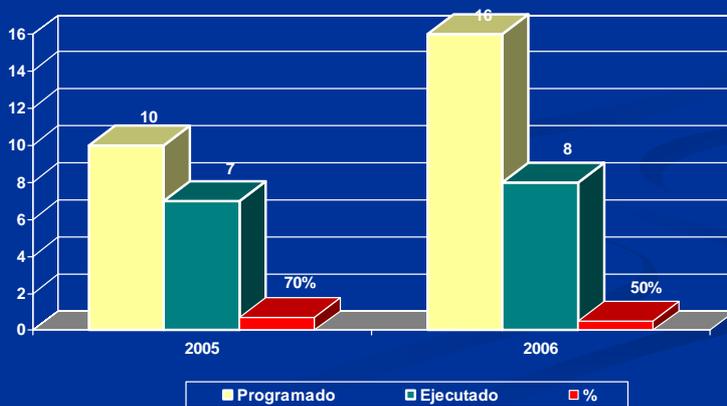
AÑOS	PROGRAMADO	EJECUTADO	%
2005	2000	2150	107.5
2006	2000	1926	96.3



Hospital  
Sergio E. Bernales

**CUADRO COMPARATIVO  
TRATAMIENTO A GESTANTES CON RPR REACTIVO  
AÑOS 2005 - 2006**

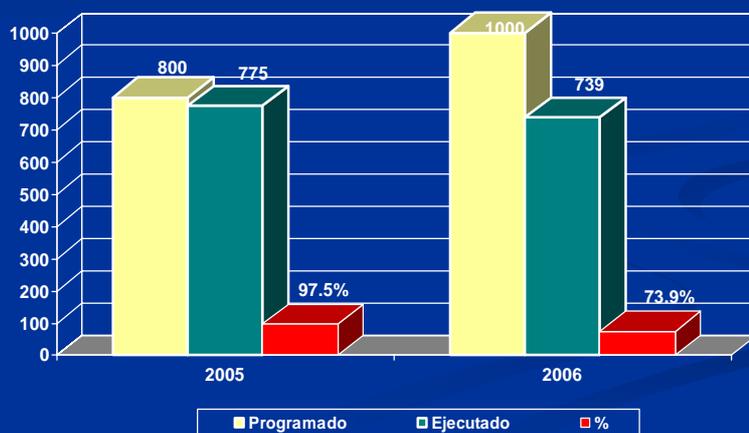
AÑOS	PROGRAMADO	EJECUTADO	%
2005	10	7	70%
2006	16	8	50%



Hospital  
Sergio E. Bernales

**EVALUACION : TRANSMISION VERTICAL  
CUADRO COMPARATIVO AVANCE 2005 / 2006  
TAMIZAJE DE RPR A POBLACION GESTANTE**

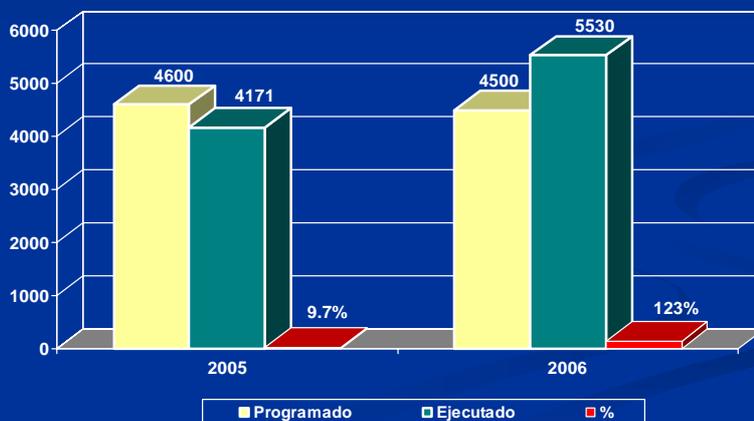
AÑOS	PROGRAMADO	EJECUTADO	%
2005	800	775	97.5%
2006	1000	739	73.9%



**CUADRO COMPARATIVO AVANCE 2005 / 2006  
TAMIZAJE RPR A PUERPERAS**

Hospital  
Sergio E. Bernales

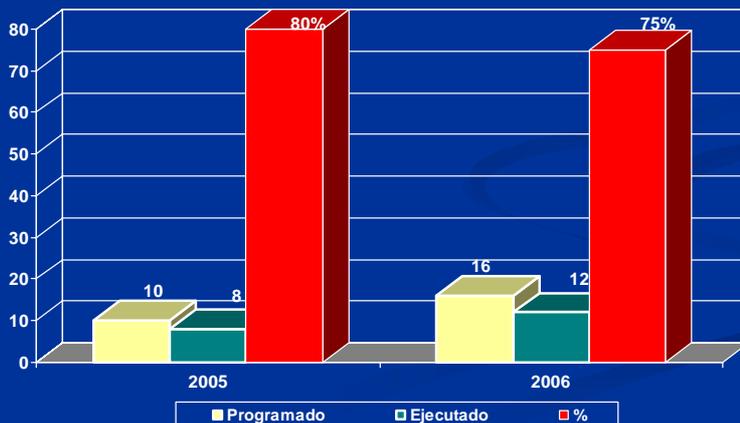
AÑOS	PROGRAMADO	EJECUTADO	%
2005	4600	4171	9.7%
2006	4500	5530	123%



**CUADRO COMPARATIVO CASOS NUEVOS DE  
GESTANTES CON Dx. ELISA VIH (+) CON Tx RETROVIRAL (Profiláctico)  
AÑOS 2005 - 2006**

Hospital  
Sergio E. Bernales

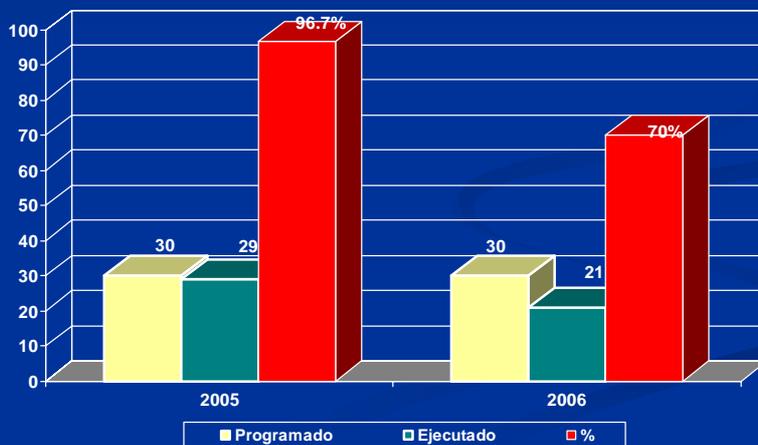
AÑOS	PROGRAMADO	EJECUTADO	%
2005	10	8	80%
2006	16	12	75%



Hospital Sergio E. Bernales

**CUADRO COMPARATIVO DE PUERPERAS CON Dx DE RPR (+) Y TRATAMIENTO AÑOS 2005 - 2006**

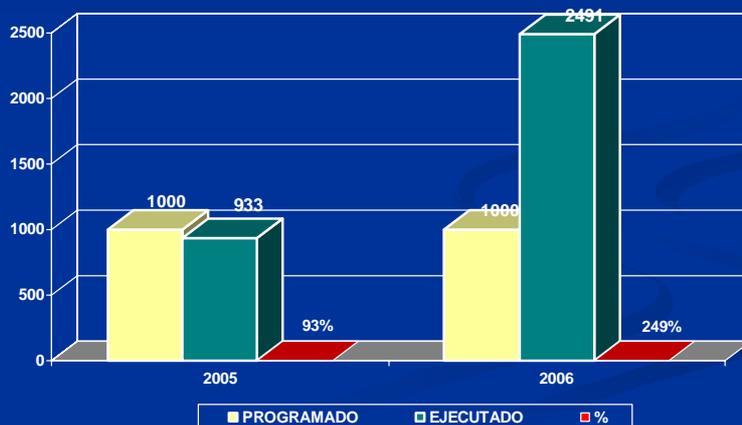
AÑOS	PROGRAMADO	EJECUTADO	%
2005	30	29	96.7%
2006	30	21	70%



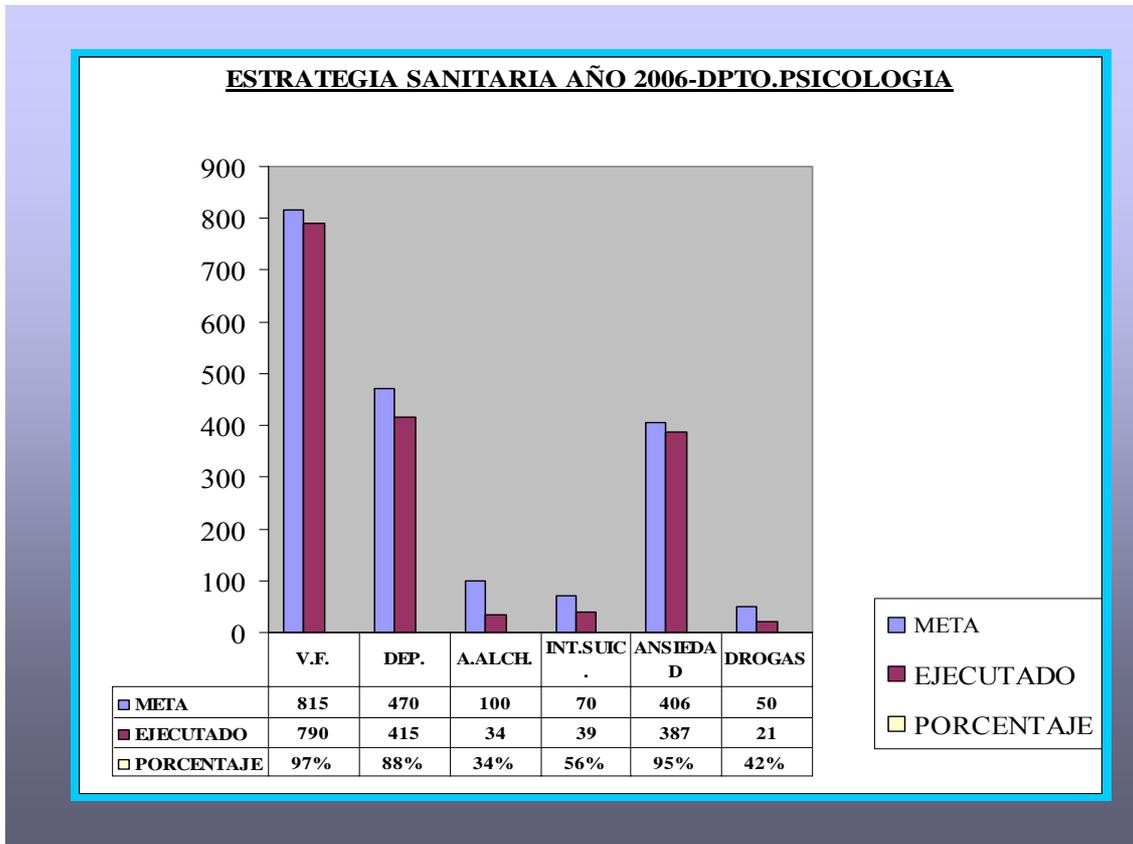
Hospital Sergio E. Bernales

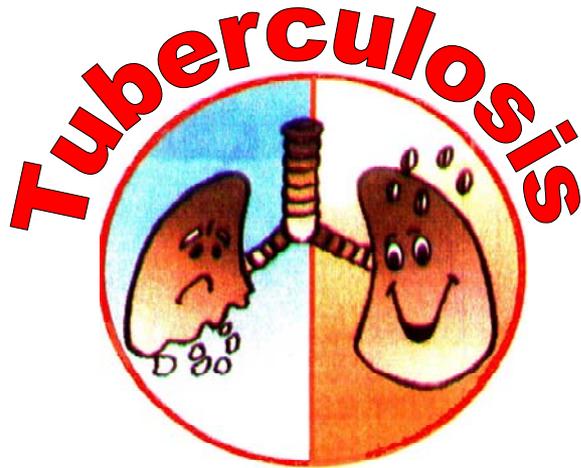
**CUADRO COMPARATIVO CONSEJERIA AÑOS 2005 - 2006**

AÑOS	PROGRAMADO	EJECUTADO	%
2005	1000	933	93%
2006	1000	2491	249%



## ESTRATEGIA DE SALUD MENTAL RESPONSABLE: LIC. JORGE SOTO

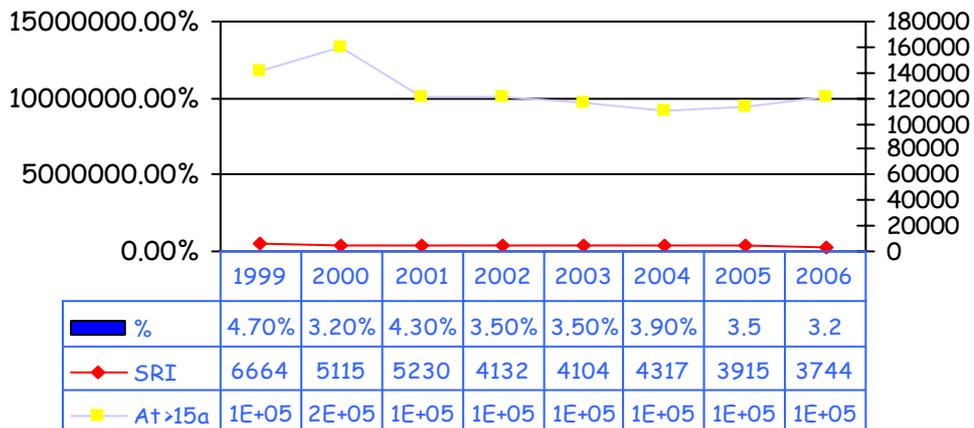




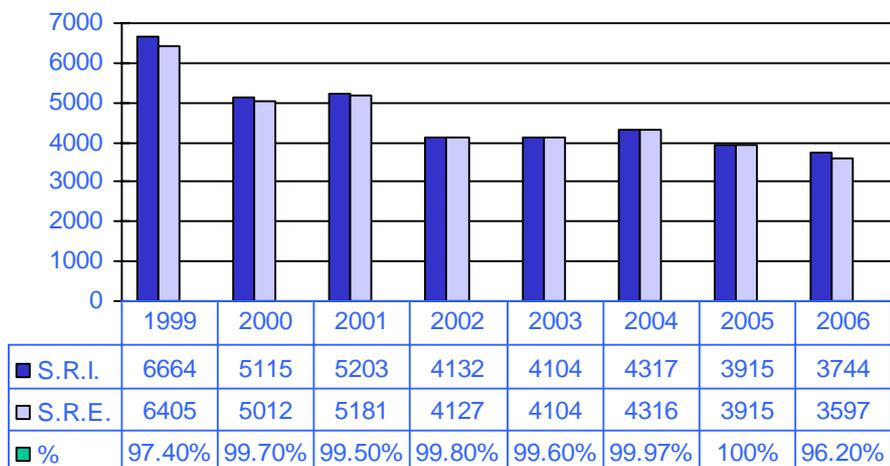
Estrategia Sanitaria de Control de TBC - HSEB - Evaluacion Anual 2006

Lic. Marilu Caso Huamani

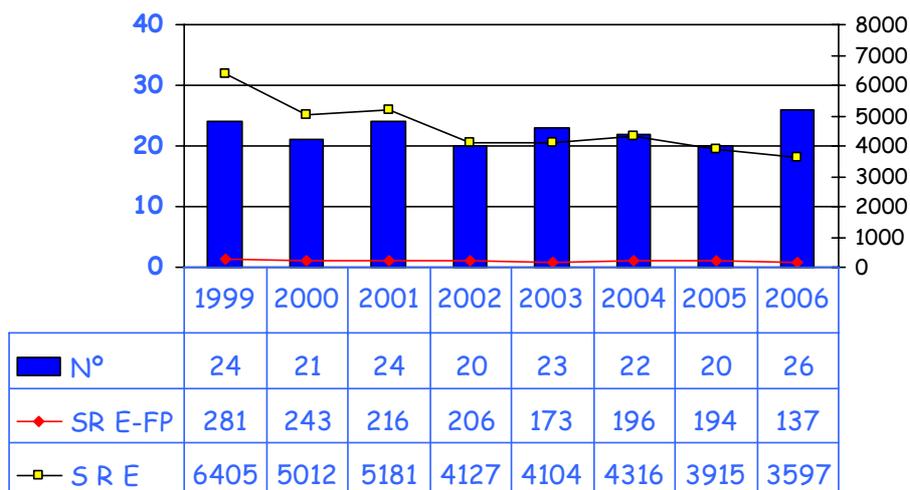
SRI / Atenciones >15a Años 1999- 2006  
HOSPITAL SERGIO E.B.



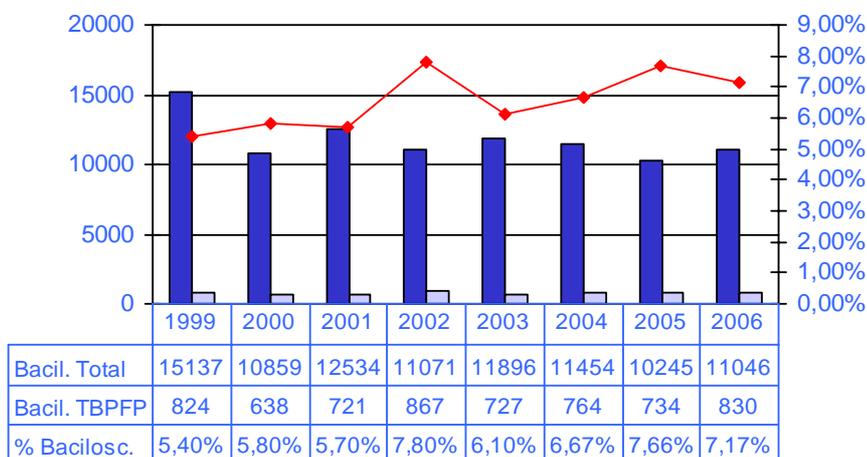
**SINTOMATICOS RESPIRATORIOS IDENTIFICADOS.  
EXAMINADOS HOSPITAL SERGIO E.B. 1999 - 2006**



**N° SR E para encontrar 1 caso (+)  
AÑOS 1999 - 2006  
HOSPITAL SERGIO E. B.**

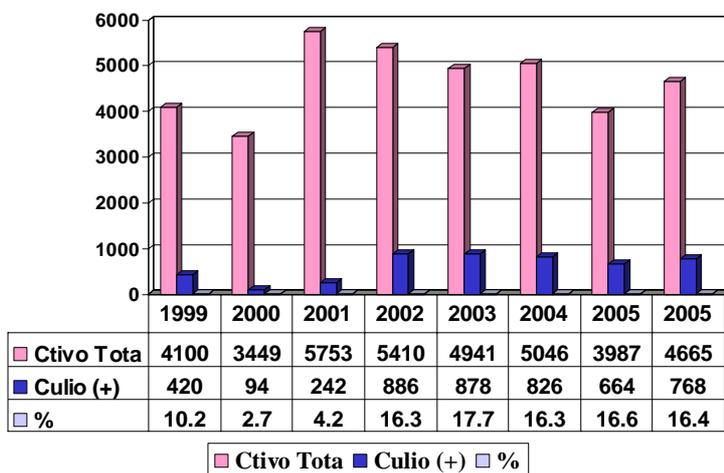


**N° DE BACILOSCOPIAS PARA ENCONTRAR UN CASO (+)  
HOSPITAL SERGIO E. B. - AÑO 2006**

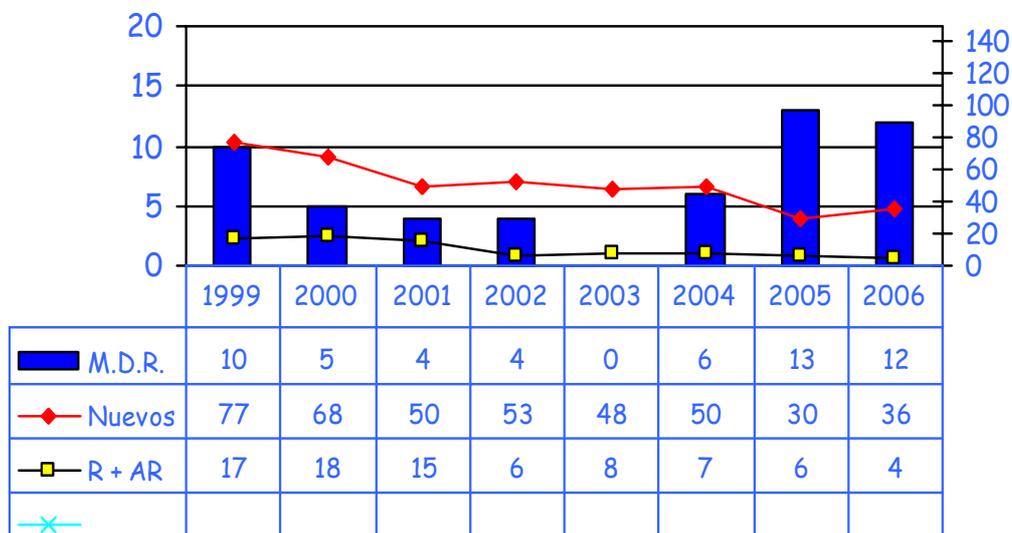


**N° DE CULTIVOS PARA ENCONTRAR UN CASO POSITIVO**

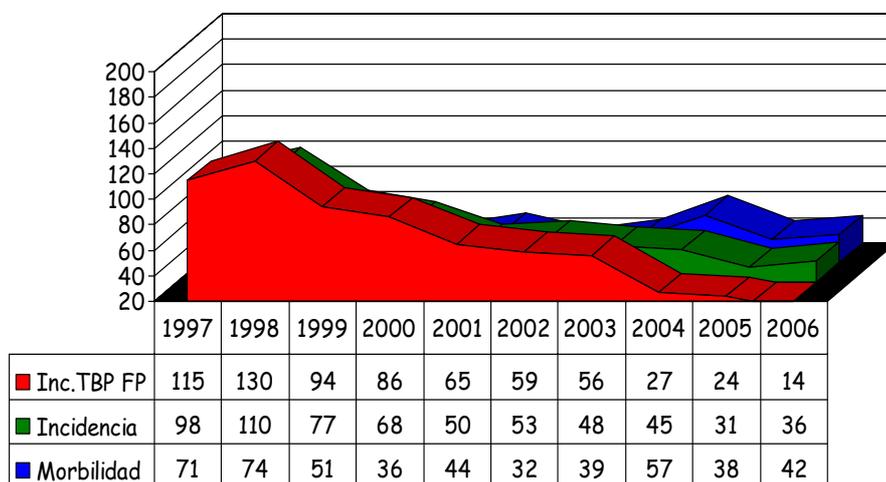
**Año 1999 – 2006 HOSPITAL SERGIO E. BERNALES**



**N° CASOS TB NOTIFICADOS POR CONDICION DE INGRESO  
HOSPITAL SERGIO E.B. AÑO 1999 A 2006**



**Morbilidad, Incidencia, Incidencia TBC FP  
Años 1995-2006  
HOSPITAL SERGIO E.B.**

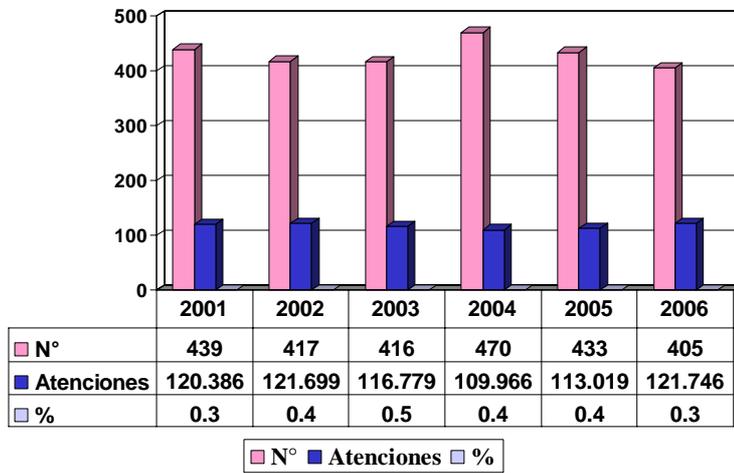


Fuente: Prog. TBC - HBC.

**TOTAL DE DERIVACIONES DE CASOS DE TBC**

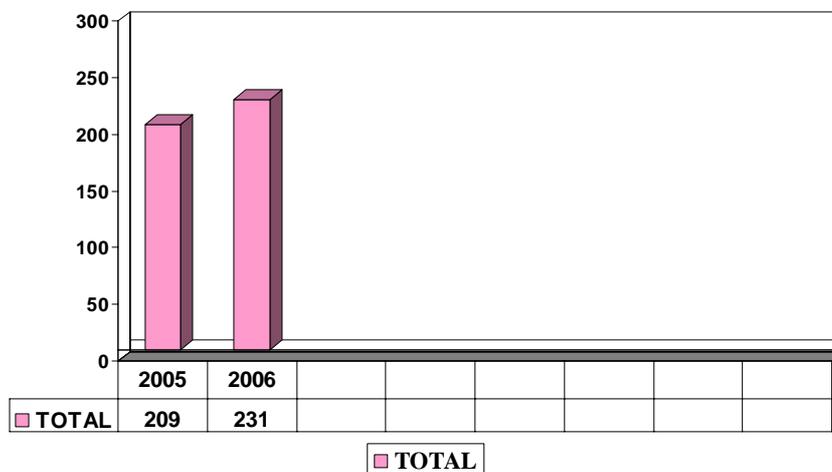
**2001 – 2006**

**HOSPITAL SERGIO E. BERNALES**



N° DE ESPIROMETRIA REALIZADAS EN LA ESTRATEGIA SANITARIA DE CONTROL DE TBC -Año 2005 – 2006

HOSPITAL SERGIO E. BERNALES



DERIVACIONES DE CASOS DE TBC CONFIRMADOS / SIN CONFIRMAR 2001 – 2006

HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

