



PERÚ

Ministerio
de Salud

11

Semana Epidemiológica N° 44 al 48
Del 29 de Octubre del 2017 al 2 de Diciembre del 2017
Disponible en www.inmp.gob.pe



Boletín Epidemiológico

MORBILIDAD MATERNA EXTREMA EN EL INMP RESUMEN DE 5 AÑOS

El quinto objetivo del Desarrollo del Milenio obligaba a los países suscritos disminuir la mortalidad materna, esto permitió una disminución de un 45% de la tasa de mortalidad materna a nivel mundial. Sin embargo, existen aún grandes vacíos de datos en diversos países en desarrollo. Para el 2016, “La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible”, propone en su objetivo tres, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por 100.000 nacidos vivos, un nuevo desafío para los años venideros.

La OMS afirma que aquellas mujeres que mueren por complicaciones obstétricas pueden tener muchos aspectos en común con aquéllas que estuvieron al borde de la muerte pero se salvaron, por lo cual el enfoque “near miss” ayuda a identificar y evitar más emergencias obstétricas. Por cada caso de muerte materna, los casos de morbilidad materna extrema son mucho más numerosos: según cálculos de la OPS, habría hasta 20 casos de morbilidad materna grave por cada muerte materna; y de ellos, hasta una cuarta parte de las mujeres podría sufrir secuelas graves y permanentes. Por ello, la OPS, y el Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP/SMR) publicaron en el año 2011, el plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave.



Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental
VOLUMEN N° 11 – 2017

DIRECTOR GENERAL:
Dr. Enrique Guevara Rios

DIRECTOR ADJUNTO:
Dr. Amadeo Sanchez Gongora

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

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

En el año 2006 y en el 2007, la Federación Latinoamericana de Sociedades de Gineco-Obstetricia (FLASOG) realizaron dos reuniones de trabajo sobre este tema, en Lima-Perú y Santa Cruz de la Sierra-Bolivia respectivamente. En estos talleres se discutió la definición de caso de Morbilidad Materna Extrema, la forma de abordar el tema e implementación de la vigilancia de casos en los países latinoamericanos, estableciéndose aquí la definición de Morbilidad Materna Extrema como: “Una complicación grave que ocurre durante el embarazo, parto y puerperio, que pone en riesgo la vida de la mujer o requiere de una atención inmediata con el fin de evitar la muerte”. Se establecen también aquí los criterios de inclusión para la definición de caso basados en enfermedad específica (Shock Séptico, Shock Hipovolémico, Eclampsia), criterios basados en disfunción orgánica (Disfunción Cardiovascular, Respiratoria, Renal, Hematológica, Hepática, Metabólica y

Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental



Neurológica) y finalmente criterios basados en el manejo del caso (Ingreso a una UCI y Procedimiento o Cirugía adicional al Parto, Cesárea o Legrado).

El Instituto Nacional Materno Perinatal realiza la vigilancia de casos de morbilidad materna extrema desde el año 2012 a la actualidad. Consolidamos la información obtenida desde el año 2012 al 2016 para conocer la prevalencia de casos y las características sociales, epidemiológicas y clínicas de estas pacientes.

Fueron identificados 1339 casos ingresados a la Unidad de Cuidados Intensivos del Instituto desde enero del 2012 a diciembre del 2016, de los cuales 94 casos ingresaron para monitoreo y no cumplían los criterios de inclusión para caso de Morbilidad Materna Extrema, quedando finalmente 1245 casos. En la gráfica 1 se observa la distribución por años.

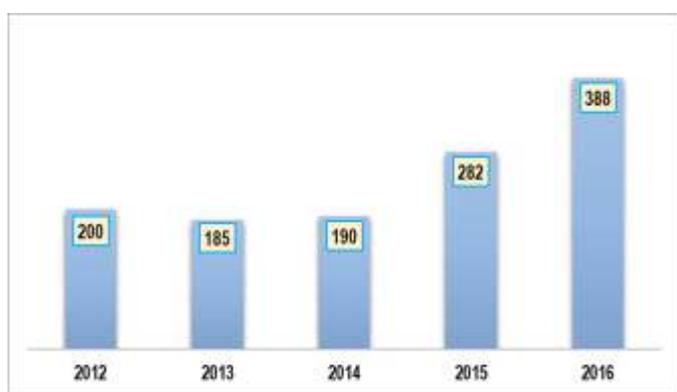


Gráfico N°1. Frecuencia de Casos de Morbilidad Materna Extrema 2012-2016, INMP

La mayoría de casos atendidos llegaron de los distritos y provincias de Lima (85.7%) y solo el 14.3% fueron de las regiones del Perú. El 80% de los casos de las pacientes que proceden de las regiones, vienen de Ancash, Ica, Pasco, Callao, Junín, Huánuco y Huancavelica (137 casos del total. Gráfico 2).

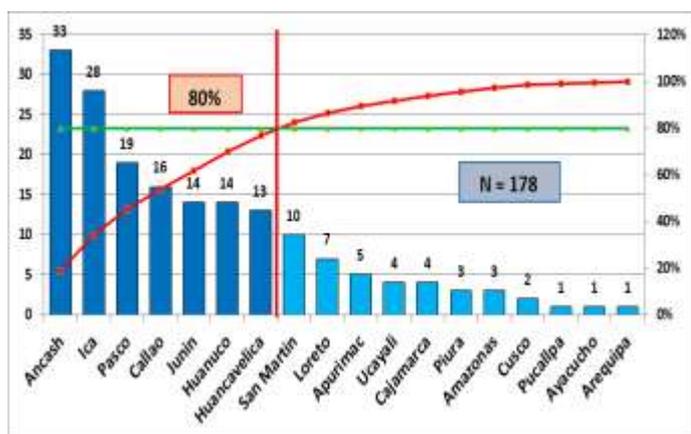


Gráfico N°2: Distribución de casos de MME según procedencia. 2012-2016, INMP

La edad promedio de las pacientes con MME es de 28 años. El 64% de los casos estuvo entre los 20 a 35 años, las menores de 19 años llegaron a un 15% y las mayores de 35 años a un 21% (Gráfico 3).



Gráfico N°3: Distribución de casos de MME según edad. 2012-2016, INMP

La mayoría de pacientes tuvo educación primaria y secundaria (83.6%), estado civil conviviente (69.2%) y ocupación ama de casa (80.7%). La multiparidad fue una característica importante (63.7%), el 51.5% tuvo de 1 a 5 controles prenatales y el 60% de los casos presentados tuvo por lo menos una cesárea previa (Tabla N° 1).

Variable	N°	%
Grado de Instrucción		
Secundaria	894	71.8
Primaria	147	11.8
Técnico	113	9.1
Superior	84	6.7
Illetrada	7	0.6
Estado Civil		
Unión Estable	861	69.2
Casada	197	15.8
Soltera	183	14.7
Otro	4	0.3
Ocupación		
Ama de Casa	1005	80.7
Empleada	108	8.7
Independiente	76	6.1
Estudiante	56	4.5
Paridad		
Multipara	632	63.7
Nulípara	361	36.3
Control Prenatal		
No CPN	180	18.7
1 a 5 CPN	496	51.5
> 6 CPN	287	29.8
Cesárea Previa		
Si	600	60.4
No	393	39.6

Tabla N°1: Antecedentes sociales y obstétricos de casos de MME. 2014-2016, INMP

La cesárea fue el procedimiento más frecuente para finalizar el embarazo (68.3%), hubo un grupo de pacientes atendidas que no finalizaron el embarazo a pesar de su condición de morbilidad extrema (9.1%). La cirugía adicional más frecuente fue la histerectomía abdominal (56.1%) y dentro de las laparotomías quirúrgicas más frecuentes se encuentran las apendicetomías (tabla N° 2).



Variable	N°	%
Finalización del Embarazo		
Cesárea	850	68.3
Parto Vaginal	168	13.5
No Finalizado	113	9.1
Legrado Uterino	96	7.7
Laparotomía	13	1.0
Histerectomía	5	0.4
Cirugías Adicionales		
Histerectomías	162	56.1
Laparotomía Qx.	54	18.7
Legrado Post Parto	32	11.1
Cesárea - Histerectomía	24	8.3
Empaquetamiento Uterino	12	4.2
Sutura de Desagarro	5	1.7
Otras Laparotomías		
Apendicetomías	18	36.0
Salpinguectomías	15	30.0
Taponamiento Hepático	12	24.0
Debridación de Hematoma	5	10.0
Taponamiento Pélvico	4	8.0

Tabla N°2: Características Quirúrgicas en los casos de MME, 2012-2016 INMP

La gráfica N° 4 muestra las patologías agrupadas en causas sindrómicas basadas en los criterios establecidos por FLASOG 16, el grupo de patología mas frecuente son los trastornos hipertensivos (56.4%), seguido del grupo de sepsis de origen obstétrico y no obstétrico (14.9%) y las hemorragias obstétricas (13.8%).

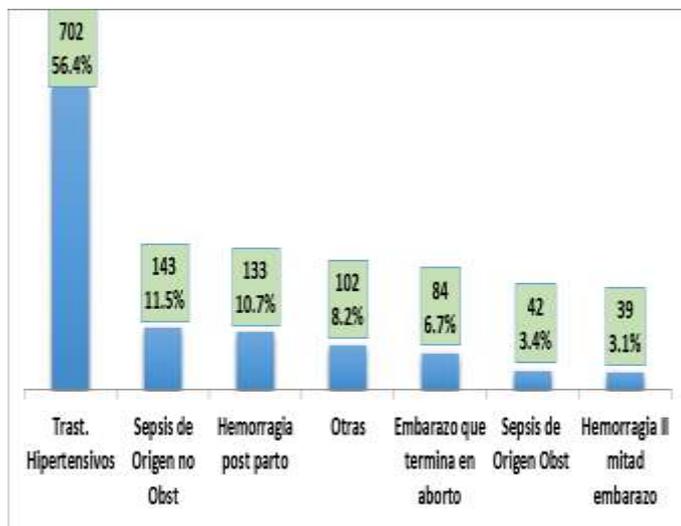


Gráfico N°4: Patología agrupada en MME. 2012-2016, INMP

El shock hipovolémico fue el criterio de inclusión de enfermedad específica más frecuente (19%), la disfunción orgánica más frecuente es la relacionada con las alteraciones de la coagulación (37.8%). Se realizaron más de 3 transfusiones en el 37.7% de los casos y el 18.8% de los casos tuvo por lo menos 1 cirugía adicional. Todos los casos fueron manejados en la unidad de cuidados intensivos (Tabla N°3).

CRITERIOS DE INCLUSION	N°	%
C.I. ENFERM. ESPECIFICA		
Shock Hipovolémico	237	19.0
Eclampsia	134	10.8
Shock Séptico	129	10.4
C.I. DISF. ORGANICA		
D. Coagulación	471	37.8
D. Hepática	442	35.5
D. Renal	426	34.2
D. Respiratoria	386	31.0
D. Cerebral	325	26.1
D. Cardiovascular	323	25.9
D. Metabólica	263	21.1
C.I. MANEJO		
UCIM	1245	100.0
Transfusiones	469	37.7
Cirugía Adicional	224	18.0

Tabla N°3: Criterios de inclusión en MME. 2012-2016, INMP

Indicadores de Resultado:

En el Gráfico N° 5 se observa la tendencia de los indicadores de resultado en los años evaluados.

Razón de morbilidad materna extrema: Teniendo en cuenta que el número de nacidos vivos durante los años 2012 al 2016 fue 95,426 neonatos, concluimos que la razón de morbilidad materna extrema en el periodo de estudio fue 13 casos por 1000 nacidos vivos.

Índice de Mortalidad: El promedio en los 5 años de estudio es 3 casos de muerte materna por cada 100 casos de morbilidad materna extrema (3%).

Relación MME / MM: El promedio en los 5 años estudiados es 32.8 casos de morbilidad materna manejados por cada muerte materna ocurrida.



Gráfico N°5: Tendencia de los Indicadores de Resultados a través de los años. 2012-2016, INMP



En la tabla N° 4 se observa los indicadores de resultado por patología agrupada.

La razón de morbilidad materna extrema fue más prevalente en el grupo de los trastornos hipertensivos (7.4 x 1000 nv), seguido por los casos de sepsis con 1.9 x 1000 nv.

El Índice de Mortalidad, es mayor en los casos de sepsis (5.6%) y en las patologías intercurrentes del embarazo (6.4%).

La relación MME/MM es menor en los casos de sepsis (16.8 casos de MME por cada caso de MM) y en las patologías intercurrentes (14.6 casos de MME por cada caso de MM).

El 79.4% de los casos tuvo 3 o más criterios de inclusión. La severidad de los casos según muestra el indicador relación criterio/caso es mayor en las hemorragias pre y post parto (4.7 criterios en promedio), los trastornos hipertensivos (4.2 criterios de inclusión en promedio) y en los embarazos terminados en aborto (4.2 criterios en promedio).

CAUSA AGRUPADA	CASOS MME	CASO MM	N° CRIT INCL	RAZO MME	INDIC MORT	REL MME /MM	REL CRIT /CAS
Trastorno Hipertensivo	702	14	2980	7.4	2.0	50.1	4.2
Sepsis Obstétrico y No Obstétrico	185	11	631	1.9	5.6	16.8	3.4
Hemorragias pre y post parto	172	3	803	1.8	2.7	57.3	4.7
Patologías intercurrentes	102	7	306	1.1	6.4	14.6	3.0
Aborto Complicado	84	3	354	0.9	3.4	28.0	4.2
TOTAL	1245	38	5074	13.0	3.0	32.7	4.1

Tabla N° 4: Indicadores de resultado según diagnóstico agrupado de MME. 2012-2016, INMP

CONCLUSIONES

Los hallazgos de este estudio reflejan las características de las mujeres que acuden al instituto y que terminan en casos de morbilidad materna extrema, relacionados principalmente a trastornos hipertensivos y hemorrágicos. Sin embargo, son las patologías sépticas, las enfermedades intercurrentes del embarazo y el aborto las patologías más letales. Obliga por lo tanto a la institución poner mayor énfasis en el manejo protocolizado de estos casos y la disminución de muertes maternas por estas causas.

Es necesario también, ampliar la información a nivel de Lima Metropolitana y a nivel nacional para caracterizar mejor la morbilidad materna extrema y poder tomar decisiones adecuadas al respecto, porque disminuir la prevalencia de casos de morbilidad materna extrema implica el manejo preventivo eficaz en otros niveles de atención, mejorando la calidad de atención prenatal con enfoque de riesgo, y capacitando al personal en el manejo de las emergencias obstétricas basadas en evidencia.

Oswaldo M Gonzales Carrillo

Jefe de Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental del INMP

Equipo Técnico

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LA MORTALIDAD MATERNA

En el país, hasta la SE 44 del 2017 se han reportado 323 casos muertes maternas a nivel nacional.

En el INMP se han reportado 10 casos de muerte materna en el mismo periodo.



Gráfico 1. Número de Muertes Maternas. INMP 2017

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

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

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

El cuarto caso, tuvo como diagnóstico Shock Séptico, Shock Hipovolémico, Preeclampsia Severa - Síndrome HELLP, referida del Hospital Victor Ramos Guardia de Huaraz, falleciendo en la etapa del puerperio en nuestra institución, después de las 48 horas de estancia hospitalaria.

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

El sexto caso, tuvo como diagnóstico Hemorragia Intracerebral, Hemorragia Post Parto y Eclampsia, no referida, falleciendo en el Puerperio tardío después de las 48 horas.

El séptimo caso, tuvo como diagnóstico Shock Séptico relacionado a una infección renal no tratada o mal tratada, referida del Hospital Santa Gema de Yurimaguas, falleciendo después de las 48 horas de estancia.



El octavo caso, falleció con los diagnósticos de Cáncer de Mama complicado con Shock Cardiogénico, tratada por el cáncer en el INEN y acude sin referencia a nuestra institución para la atención del parto, falleciendo después de las 48 horas de estancia hospitalaria.

El noveno caso tuvo como diagnóstico Síndrome disfunción Multiorgánica, Síndrome HELLP y Eclampsia; referida del Hospital de Huanuco; falleciendo en un periodo menor a 48 horas de estancia hospitalaria.

El décimo caso tuvo como diagnóstico Shock Séptico y Parto normal; no referida; falleciendo en un periodo menor a 48 horas (58 min) de estancia hospitalaria.

El 80% (8) de los casos fueron por causa directa, el 20% (2) por causa indirecta y 0% incidental.

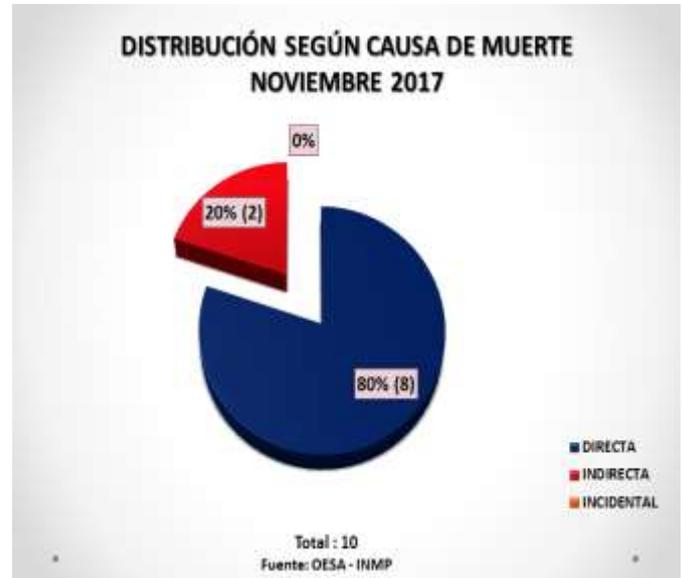


Gráfico 3. Muertes Maternas según causa de muerte. INMP 2017

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN MORBILIDAD MATERNA EXTREMA EN EL INMP

La vigilancia de la Morbilidad Materna Extrema (MME), es en una herramienta importante para el control de la muerte materna. El número de casos de MME hasta el mes de Noviembre suman 339 casos.

**CAUSAS DE MUERTE MATERNA
NOVIEMBRE 2017**

DIAGNOSTICO			Nº DE CASOS
CAUSA BASICA PROBABLE	CAUSA INTERMEDIA PROBABLE	CAUSA FINAL PROBABLE	
DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA	HEMORRAGIA POST PARTO	SHOCK SEPTICO	1
ABORTO INCOMPLETO	HEMORRAGIA POST ABORTO	SHOCK SEPTICO	1
SINDROME DE HELLP	SEPSIS	TROMBOEMBOLIA PULMONAR	1
PREECLAMPSIA SEVERA	SHOCK HIPOVOLEMICO	SHOCK SEPTICO	1
PREECLAMPSIA SEVERA	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA	SHOCK SEPTICO	1
ECLAMPSIA	HEMORRAGIA POSTPARTO	HEMORRAGIA INTRACEREBRAL	1
INFECCION AGUDA DEL RIÑON	SINDROME DE DISTRESS RESPIRATORIO	SHOCK SEPTICO	1
CANCER DE MAMA	CARCINOMATOSIS METASTASICA	SHOCK CARDIOGENICO	1
ECLAMPSIA	SINDROME HELLP	SINDROME DISFUNCION MULTIORGANICA	1
PUERPERA DE PARTO VAGINAL	SHOCK DISTRIBUTIVO	SHOCK SEPTICO	1
TOTAL			10

Total : 10
Fuente: OESA - INMP

Tabla 1. Muertes Maternas en el INMP - 2017

El 70% (7) de las muertes maternas han tenido una estancia hospitalaria > de 48 horas y el 30% (3) estancia < de 48 horas.

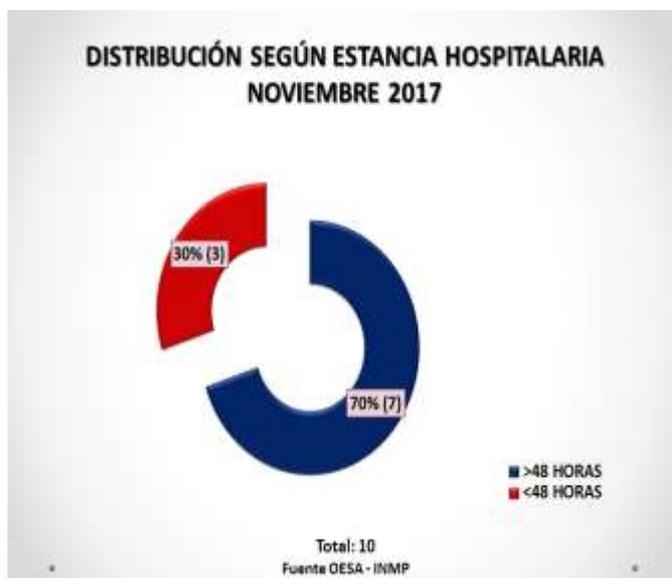


Gráfico 2. Muertes Maternas según estancia hospitalaria. INMP 2017

**NRO. DE CASOS DE MORBILIDAD MATERNA EXTREMA
NOVIEMBRE 2017**



Gráfico 4. Número de Casos de Morbilidad Materna Extrema - INMP 2017

El mayor porcentaje de casos presentados están asociados a Trastornos Hipertensivos con 196 casos (57.8%), el otro grupo de mayor frecuencia es Sepsis de origen obstétrico y no obstétrico que en conjunto suman 53 casos (15.7%), seguido por las hemorragias post parto con 36 casos



(10.6%), las complicaciones por aborto con 13 casos (3.8%) y las hemorragias de la segunda mitad del embarazo que fueron 15 casos (4.4%). Finalmente, otras causas intercurrentes no asociadas al embarazo fueron 26 casos (7.7%).

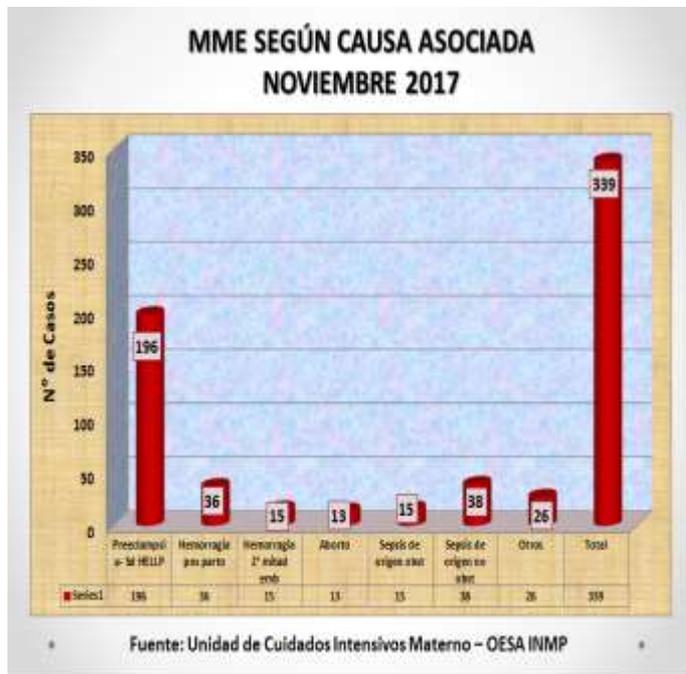


Gráfico 5. Casos de MME según Patología Asociada – INMP 2017

Indicadores de Resultados de Morbilidad Materna Extrema:

Razón de Morbilidad Materna Extrema. Para Noviembre de este año, la razón es 18.7 casos x 1000 nacidos vivos.; la meta propuesta es llegar a menos de 8 x 1000 nv a fines de año.

Índice de Mortalidad. Para Noviembre, hubo 10 muertes maternas, por ello el Índice de Mortalidad es 2.9%. La meta propuesta es que a final de año menos del 4% del total de casos de MME tengan un desenlace fatal.

Relación Morbilidad Materna Extrema / Muerte Materna. Para Noviembre la razón de MME/MM es 33.9 casos de MME por una muerte ocurrida. La meta propuesta es que tengamos más de 35 casos de MME por cada paciente fallecida.

Índice de Mortalidad Perinatal en MME. El porcentaje de casos para este mes de Noviembre es de 3.5% de muertes perinatales (3 casos en este mes).

Relación Criterios de Inclusión / Casos Presentados de MME. En Noviembre del presente año tenemos 3.8 criterios de inclusión por cada caso de MME presentado. La meta propuesta es menos de 5 criterios de inclusión por cada caso presentado.

INDICADORES DE RESULTADO DE MME NOVIEMBRE 2017

INDICADOR	FORMULA	E	F	M	A	M	J	A	S	O	N	
Razón de MME (Prevalencia) Evalúa el aporte de la MME en la atención de la gestante (Meta < 8 x 1000 NV)	$\frac{N^{\circ} \text{ casos de MME} \times 1000}{\text{Total Nacidos vivos}}$	19.7	17.9	16.2	17.7	18.5	17.6	18.1	17.9	18.2	18.8	18.7
Índice de Mortalidad (Letalidad en las Mujeres con MME- Calidad de atención) (Meta < 4%)	$\frac{N^{\circ} \text{ Muertes Maternas} \times 100}{N^{\circ} \text{ Muertes Maternas} + N^{\circ} \text{ MME}}$	5	5.5	5.1	4.3	3.4	3.1	3.1	2.7	2.4	2.5	2.9
Relación MME/MM (Letalidad - Calidad de atención) (Meta > 35)	$\frac{N^{\circ} \text{ MME}}{N^{\circ} \text{ MM}}$	19	17	18.8	22.5	28.5	31.8	31.9	35.7	40	39.8	33.9
Índice de Mort Perinatal en MME (Impact, Letalidad perinatal en MME, calidad de atención y oport de rptas para reducir MF)	$\frac{N^{\circ} \text{ Muertes perinatales en MME} \times 100}{N^{\circ} \text{ MME}}$	5.3	2.9	3.2	2.2	6.4	5.8	5.4	4.8	4.3	3.8	3.5
Relación Criterios / Caso (Severidad de la salud materna) (Meta < 5)	$\frac{N^{\circ} \text{ Total de C.I.}}{N^{\circ} \text{ MME}}$	3.8										

Fuente: Unidad de Cuidados Intensivos Materno – OESA INMP

Tabla 2: Indicadores de Resultado de MME – INMP 2017

VIGILANCIA DE LAS INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD

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

Densidad Incidencia de Infecciones del Torrente Sanguíneo (ITS) por Catéter Venoso Periférico (CVP) En el servicio de Neonatología (UCIN y Cuidados Intermedios Neonatales).

El número de casos para noviembre es de 6 casos de ITS por CVP, con una tasa de 3.41 x 1000 días de exposición. Se visualiza un incremento considerable de la tasa para este mes.

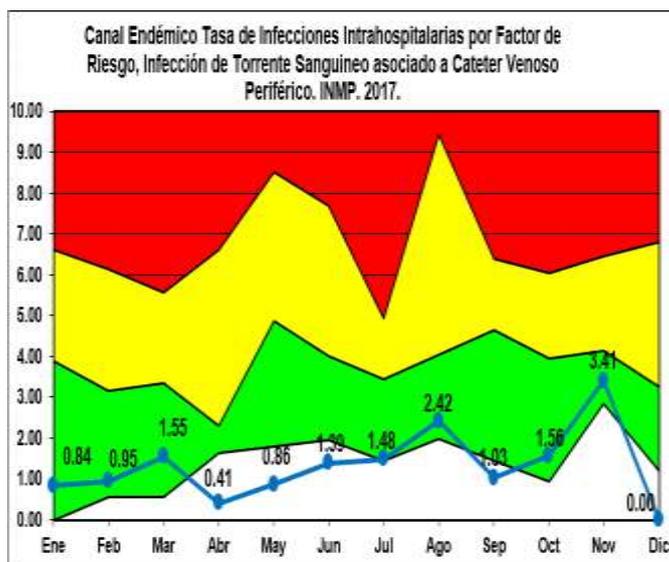


Gráfico 6. Densidad Incidencia de ITS asociado a CVP. Neonatología – INMP 2017



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

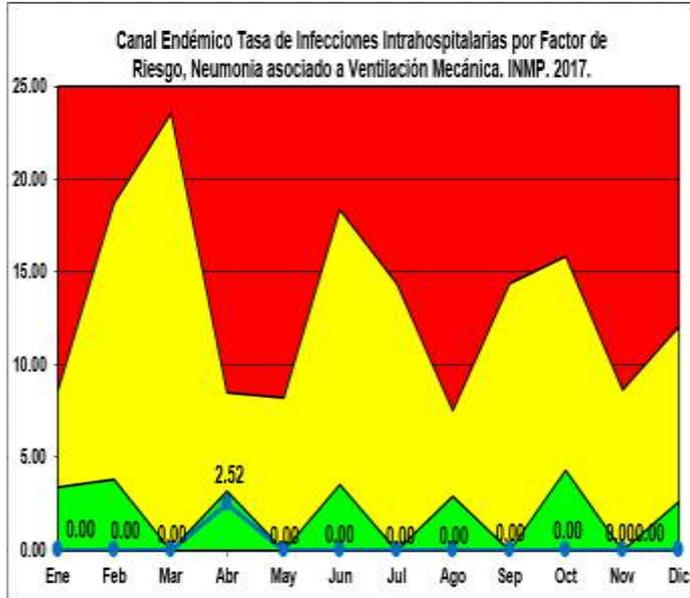


Gráfico 7. Densidad Incidencia de Neumonía asociado a Ventilación Mecánica. Neonatología – INMP 2017

Densidad Incidencia de Infecciones del Torrente Sanguíneo Asociadas a Catéter Venoso Central (CVC) en el Servicio de Neonatología. En noviembre se presentaron 5 casos de ITS por CVC, con una tasa de 7.55 x 1000 días de exposición. Se visualiza un incremento considerable de la tasa para este mes.

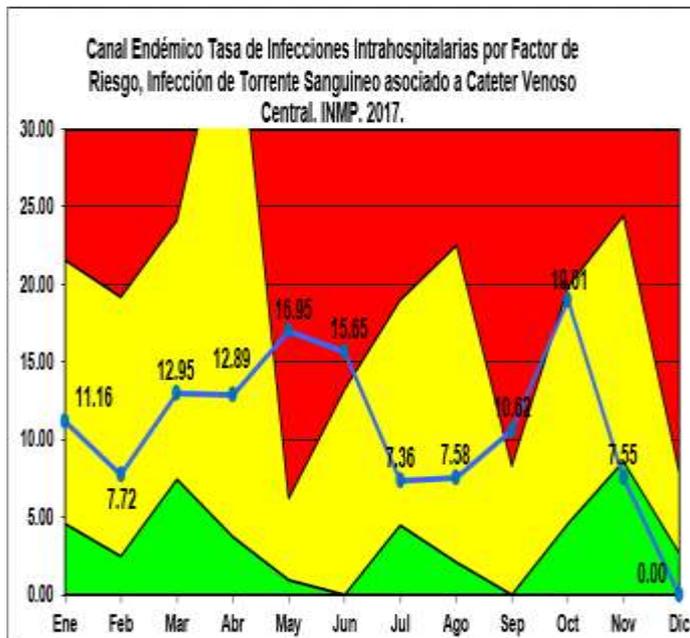


Gráfico 8. Densidad Incidencia de ITS asociado a CVC. Neonatología – INMP 2017

Tasa de Incidencia de Endometritis Por Parto Vaginal en Servicios de Obstetricia. En el mes de noviembre se presento 1 caso de endometritis por parto vaginal, con una tasa de 0.13 casos de endometritis x 100 partos vaginales.

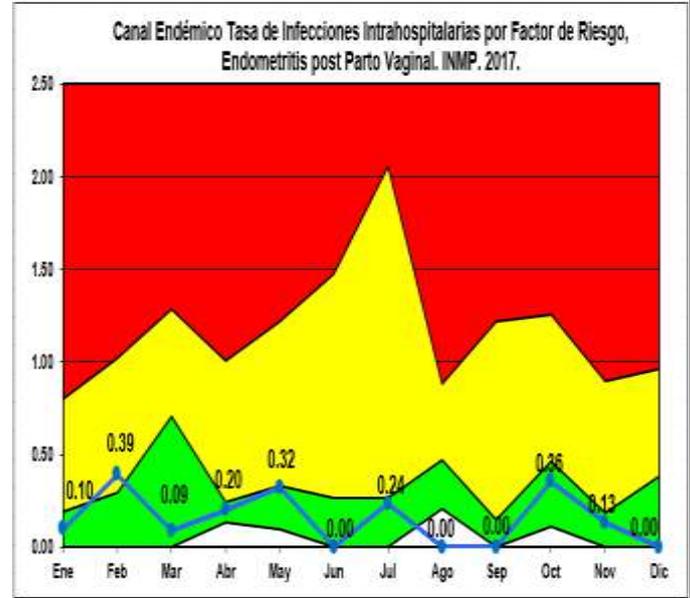


Gráfico 9. Incidencia Acumulada de Endometritis post Parto Vaginal. Gineco-Obstetricia – INMP 2017

Tasa de Incidencia de Endometritis post Cesárea en Servicios de Obstetricia. En el mes de noviembre se presentaron 3 casos de endometritis por cesárea, con una tasa de 0.56 casos de endometritis x 100 cesáreas.

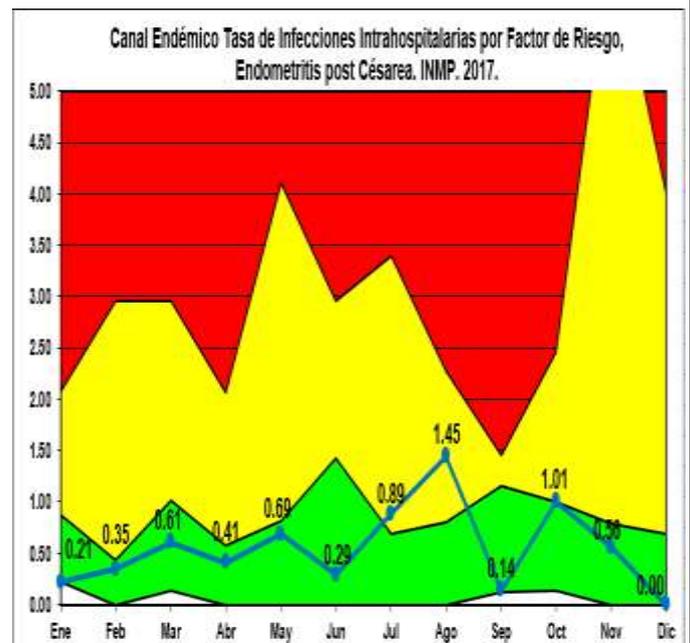


Gráfico 10. Incidencia Acumulada de Endometritis pos Cesarea. Gineco-Obstetricia – INMP 2017



Tasa de Incidencia de Infección de Herida Operatoria post Cesárea en Servicios de Obstetricia. En noviembre se presentaron 6 casos de IHO con una tasa de 1.12 x 100 cesáreas.

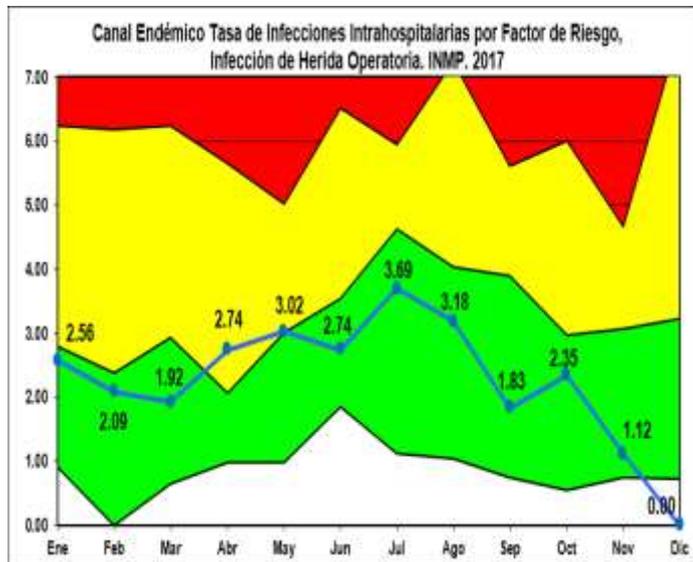


Gráfico 11. Incidencia Acumulada de Infección de Herida Operatoria post cesarea – INMP 2017

Densidad Incidencia de IAAS en la Unidad de Cuidados Intensivos Materno. En noviembre se presentaron 02 casos de neumonía asociada a ventilador mecánico con una tasa de 29.41 x 1000 días de exposición. No se presentaron casos de ITU por catéter urinario, ni ITS por CVC.

MES	UCI MATERNA											
	Cáteter Venoso Central (CVC)				Cáteter Urinario Permanente (CUP)				Ventilación Mecánica (VM)			
	Nº días de exposición	Nº pacientes vigilados	Nº ITS asociados a CVC	Tasa de ITS x 1000	Nº días de exposición	Nº pacientes vigilados	Nº ITS asociados a CUP	Tasa de ITS x 1000	Nº días de exposición	Nº pacientes vigilados	Nº Neumonías asociadas a VM	Tasa de ITS x 1000
ENERO	112	9	0	0.00	125	25	1	8.00	45	10	0	0.00
FEBRERO	49	9	3	61.22	118	29	1	8.47	48	9	3	62.50
MARZO	147	11	1	6.80	197	20	0	0.00	105	9	4	38.10
ABRIL	142	13	0	0.00	213	20	0	0.00	107	11	2	18.69
MAYO	113	15	1	8.85	161	35	3	18.63	64	12	6	93.75
JUNIO	71	10	1	14.08	142	21	0	0.00	52	7	1	19.23
JULIO	43	6	1	23.26	143	35	0	0.00	45	11	2	44.44
AGOSTO	49	5	0	0.00	152	21	2	13.16	36	3	2	55.56
SEPTIEMBRE	68	5	0	0.00	134	18	1	7.46	72	5	3	41.67
OCTUBRE	58	7	0	0.00	89	10	0	0.00	66	7	2	30.30
NOVIEMBRE	78	6	0	0.00	95	10	0	0.00	68	8	2	29.41
TOTAL	930	96	7	7.53	1569	244	8	5.10	708	92	27	38.14

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

VIGILANCIA DE INFECCION POR VIH/SIDA

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

En el mes de noviembre se reportaron 10 pacientes con infección por VIH, acumulando un total de 44 casos entre gestantes, puérperas y con diagnóstico ginecológico. Las pacientes que reciben TARGA en nuestra institución son 11 pacientes y 33 pacientes vienen solo para control prenatal, en trabajo de parto y control ginecológico.

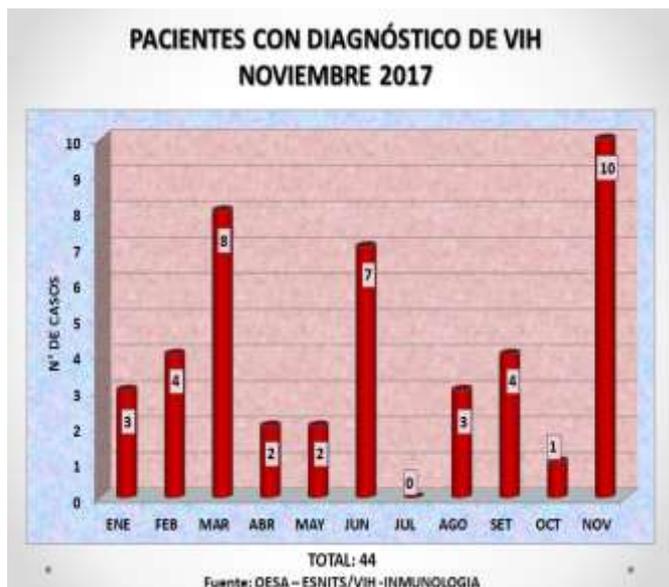


Gráfico 12. Pacientes con VIH en control prenatal – INMP 2017

Hasta el mes de noviembre tenemos un acumulado de 23 Gestantes con diagnóstico de VIH, la frecuencia de casos más elevado se observó en los meses de Marzo, Junio y Noviembre.



Gráfico 13. Pacientes con VIH en control prenatal – INMP 2017



El número de casos de pacientes puérperas con diagnóstico de VIH reportadas hasta noviembre son 8 casos.



Gráfico 14. Pacientes con VIH en control prenatal – INMP 2017

El número de casos de pacientes en situación de Aborto con diagnóstico de VIH reportados son 7.

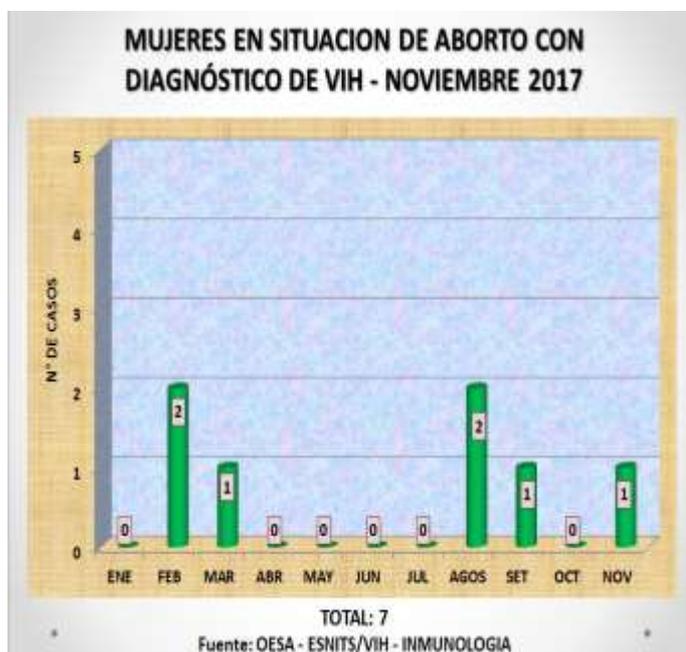


Gráfico 15. Pacientes con VIH en control prenatal – INMP 2017

Finalmente el número de casos en pacientes con control ginecológico y además diagnóstico de VIH reportados son 6 casos.

MUJERES CON PROBLEMAS GINECOLOGICOS Y DIAGNÓSTICO DE VIH - NOVIEMBRE 2017

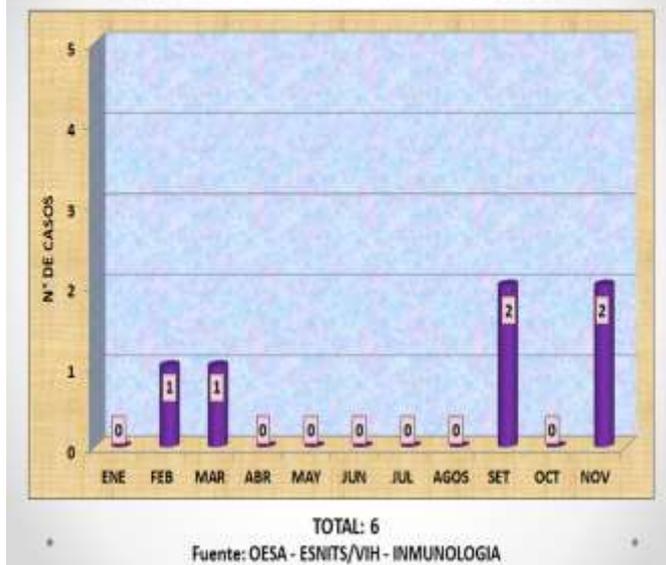


Gráfico 16. Pacientes con VIH en control prenatal – INMP 2017

VIGILANCIA DE RECIEN NACIDO EXPUESTO A VIH

Hasta el mes de Noviembre se han reportado 30 casos de recién nacidos expuestos a VIH, de los cuales hubo un caso con PCR para VIH positivo catalogado como posible caso de transmisión vertical en el mes de mayo. El recién nacido fue referido al Instituto de Salud del Niño para su seguimiento. La madre de este recién nacido fue controlada en otro establecimiento de salud y llegó al INIMP solo para atención de parto.



Gráfico 17. Pacientes con VIH en control prenatal – INMP 2017

Además, 8 bebés expuestos han sido contrarreferidos a sus Establecimientos de Salud de origen.



VIGILANCIA DE SIFILIS MATERNA

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

Para el mes de Noviembre, el número de casos de Sífilis reportados son 110 entre las cuales tenemos gestantes, puérperas, casos de abortos y pacientes con diagnóstico ginecológico.

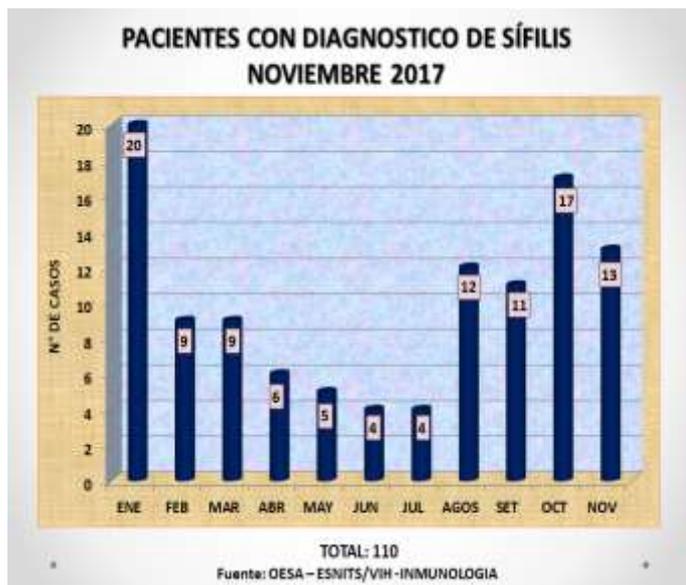


Gráfico 18. Paciente con Diagnóstico de Sífilis – INMP 2017

Hasta el mes de Noviembre tenemos un acumulado de 51 Gestantes con diagnóstico de Sífilis, la frecuencia de casos más elevado se observó en los meses de Enero, Marzo y Noviembre.



Gráfico 19. Gestantes con Diagnóstico de sífilis – INMP 2017

El número de casos acumulado hasta Noviembre en pacientes puérperas con diagnóstico de sífilis reportadas son 25 casos.



Gráfico 20. Puerperas con Diagnóstico de sífilis – INMP 2017

El número de casos de pacientes en situación de Aborto con diagnóstico de sífilis reportados son 18 casos.



Gráfico 21. Abortos con Diagnóstico de sífilis – INMP 2017

Finalmente el número de casos en pacientes con control ginecológico y además diagnóstico de sífilis reportados son 16 casos.



VIGILANCIA DE CASOS DE HEPATITIS B

En el INMP, son cada vez más frecuentes los casos de gestantes con diagnóstico de hepatitis comparado con años anteriores.

Para el mes de Noviembre no se han reportado casos, teniendo un acumulado de 12 casos durante el año.



Gráfico 22. Pacientes con Dx Ginecológico y Sífilis – INMP 2017

VIGILANCIA DE SIFILIS CONGENITA

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

Se notificaron 4 casos nuevos confirmados de Sífilis Congénita en el INMP para el mes de Noviembre, teniendo un acumulado de 47 casos.

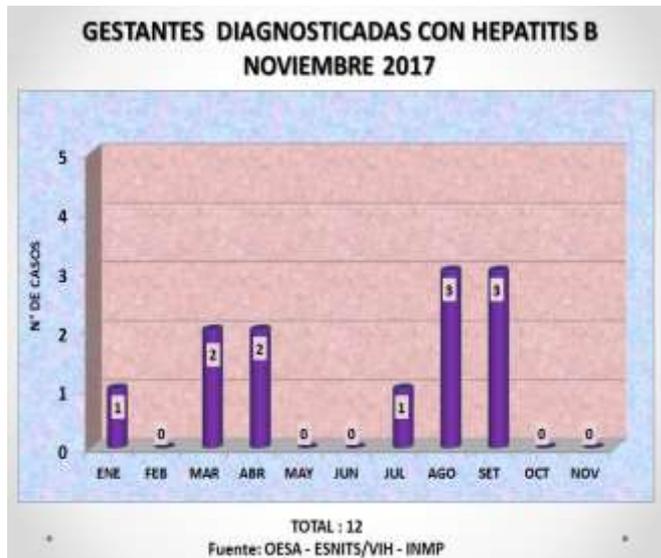


Gráfico 24. Número de Casos de Hepatitis B en Gestantes – INMP 2017

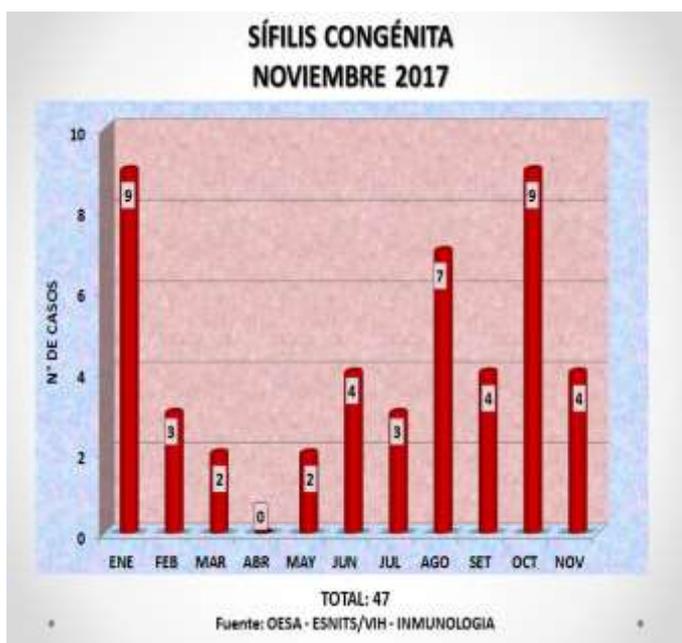


Gráfico 23. Número de Casos de Sífilis Congénita – INMP 2017





VIGILANCIA DE ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL

Se notificaron 1311 casos nuevos de ETS en el INMP hasta el mes de setiembre, de los cuales fueron 1279 casos de Flujo Vaginal, 29 casos de Condilomatosis vulvo-vaginal y 3 casos de molusco contagioso.



Gráfico 25. Número de Casos Enfermedades de Transimision Sexual – INMP 2017

VIGILANCIA DE CASOS DE TBC EN EL INMP

La Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de TBC en el INMP hace una destacada labor en el manejo de casos en gestantes con diagnóstico de tuberculosis.

Para el mes de noviembre se ha reportado 01 caso de TBC en nuestros servicios de hospitalización y consultorios externos, con un acumulado de 11 casos.

INDICADORES OPERACIONALES	Meta Anual	Enero		Febrero		Marzo		Abril		Mayo		Junio		Julio		Agosto		Septiembre		Octubre		Noviembre	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
N° Síntomas Respiratorios Identificados	4027	18	1.3	20	1.4	25	1.8	30	2.1	35	2.5	40	2.8	45	3.2	50	3.5	55	3.9	60	4.3	65	4.6
N° Síntomas Respiratorios Examinados	4027	15	1.5	18	1.8	22	2.2	28	2.8	35	3.5	42	4.2	50	5.0	58	5.8	65	6.5	75	7.5	85	8.5
N° de casos de TBC Pulmonar (*)	Demanda	1		1		0		0		2		1		2		1		1		1		1	
N° de casos de TBC MDR	Demanda	0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0	
N° de casos de TBC extra pulmonar	Demanda	0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0	

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

Tabla 4. Número de Casos TBC – INMP 2017

VIGILANCIA DE LA MORTALIDAD PERINATAL

Hasta el mes de noviembre (semana epidemiológica 48), el número de casos de muertes neonatales y óbitos fetales son como se observa en la siguiente tabla:

Total de muertes neonatales	212
Muertes neonatales < 7 días	154
Total de óbitos fetales	173
Total de nacidos vivos	18,114

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



A continuación, se muestra las muertes perinatales por semana epidemiológica. Observamos que hasta el mes de noviembre se notificaron 212 muertes neonatales y 173 óbitos fetales. El total de nacidos vivos en el mes de octubre fue de 1267, sumando hasta ahora 18,114 neonatos.

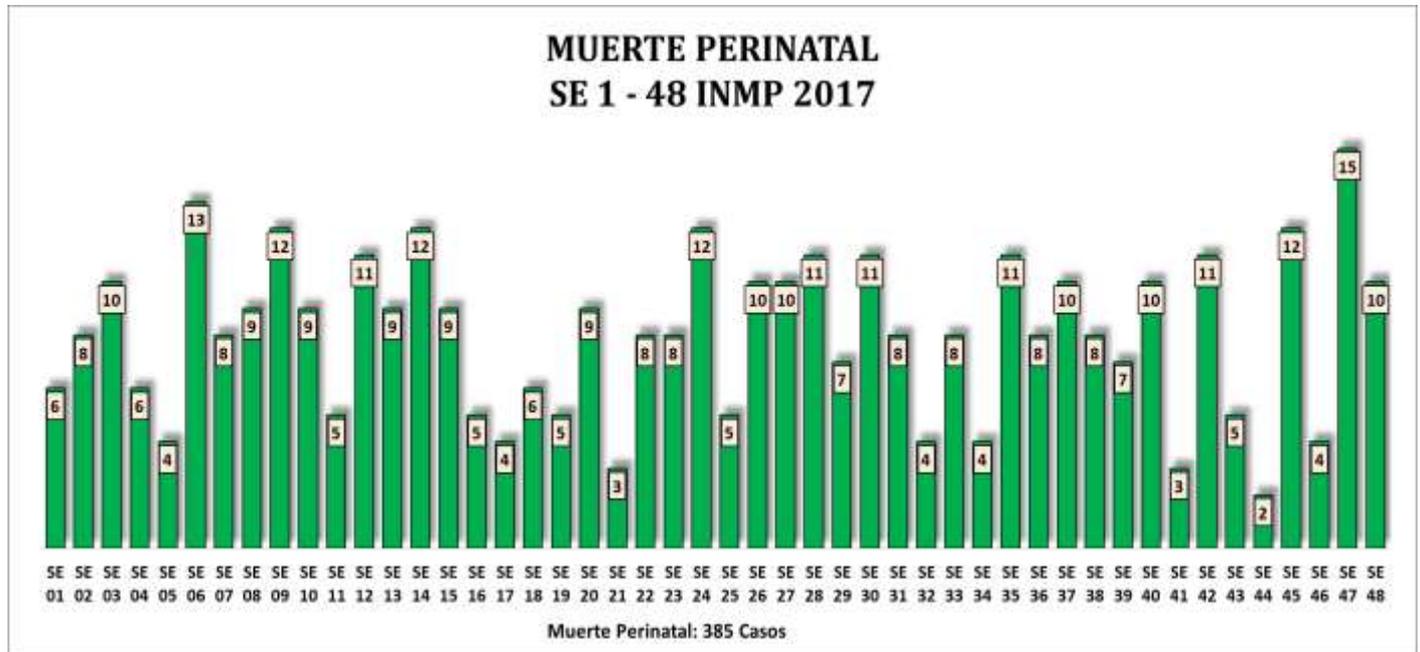


Gráfico 26. Muertes Perinatales por Semana Epidemiológica (SE). INMP 2017

La distribución de casos de muertes neonatales por semana epidemiológica se observa en la gráfica N° 27. Se observan varios picos importantes de mortalidad neonatal, en la semana 6, 12, 14, 37 y 48.

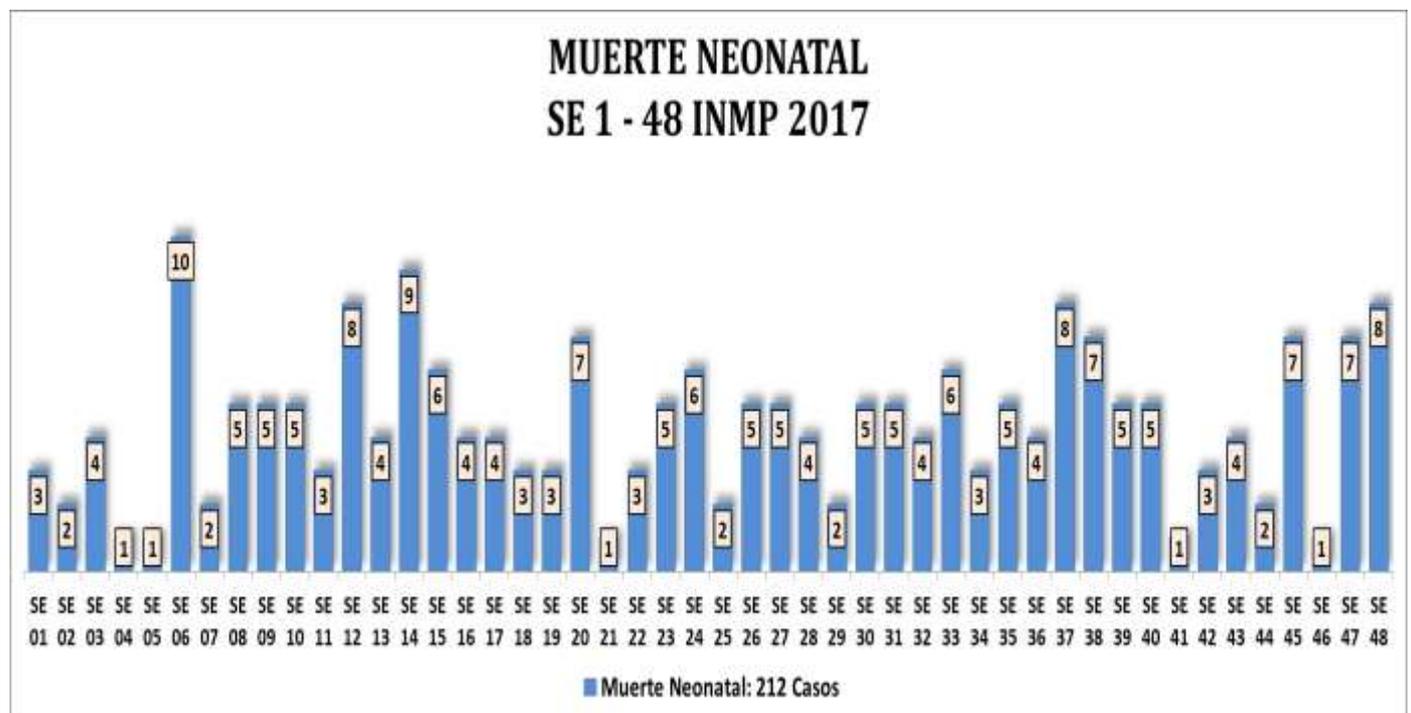


Gráfico 27. Muertes Neonatales por Semana Epidemiológica (SE). INMP 2017



En el Gráfico 28, observamos los casos de Óbitos Fetales por Semana Epidemiológica, observando mayor cantidad de Óbitos en la Semana 42 y 47.

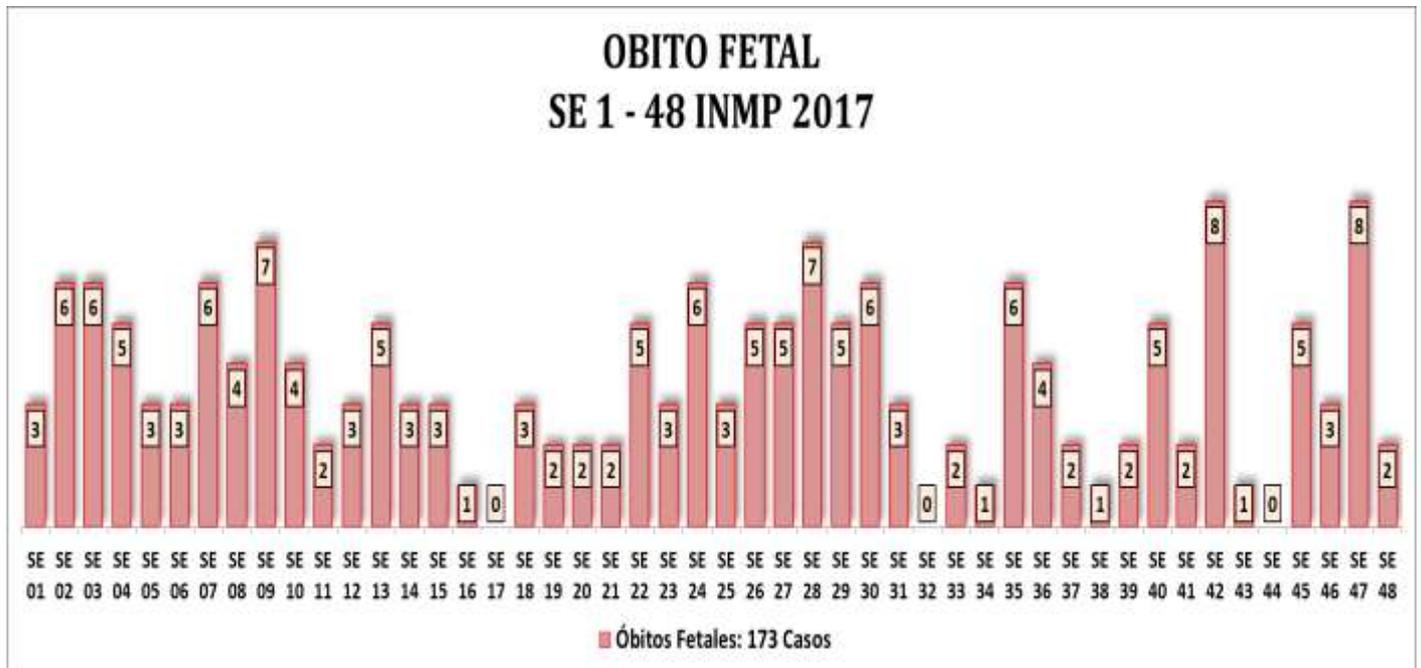


Gráfico 28. Óbitos Fetales por Semana Epidemiológica (SE). INMP 2017

VIGILANCIA DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

En el acumulado de casos de Infecciones Respiratorias Agudas, para noviembre de este año (SE 1- 48) tenemos notificados 302 casos, observándose el pico más alto de toda la gráfica en la semana 13, con 15 casos. En la SE 26 al 31 no hubo reportes por la huelga médica.

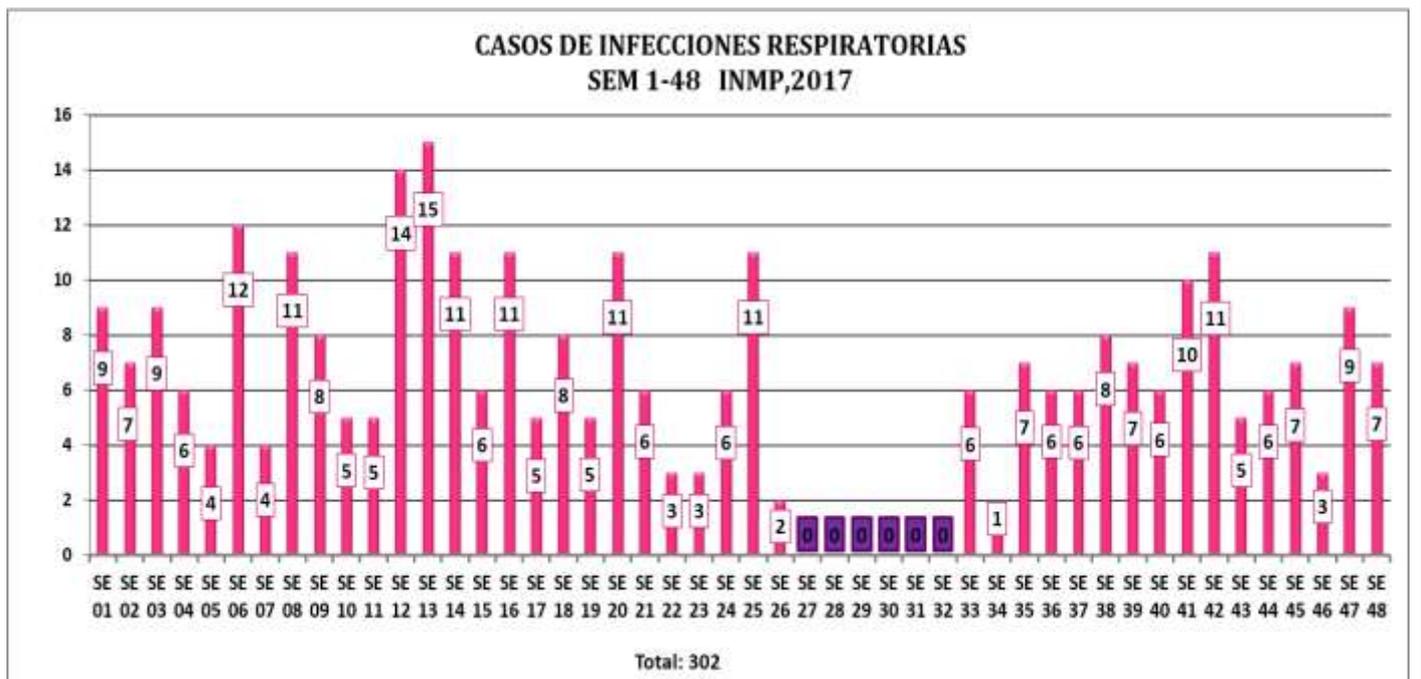


Gráfico 29: Número de casos de IRA por Semana Epidemiológica (SE). INMP 2017



El grupo etáreo que más casos de IRA presentó fue el de 2 a 11 meses (163 casos), seguido por el grupo de 1 a 4 años (117 casos) y finalmente los < de 2 meses (22 casos).

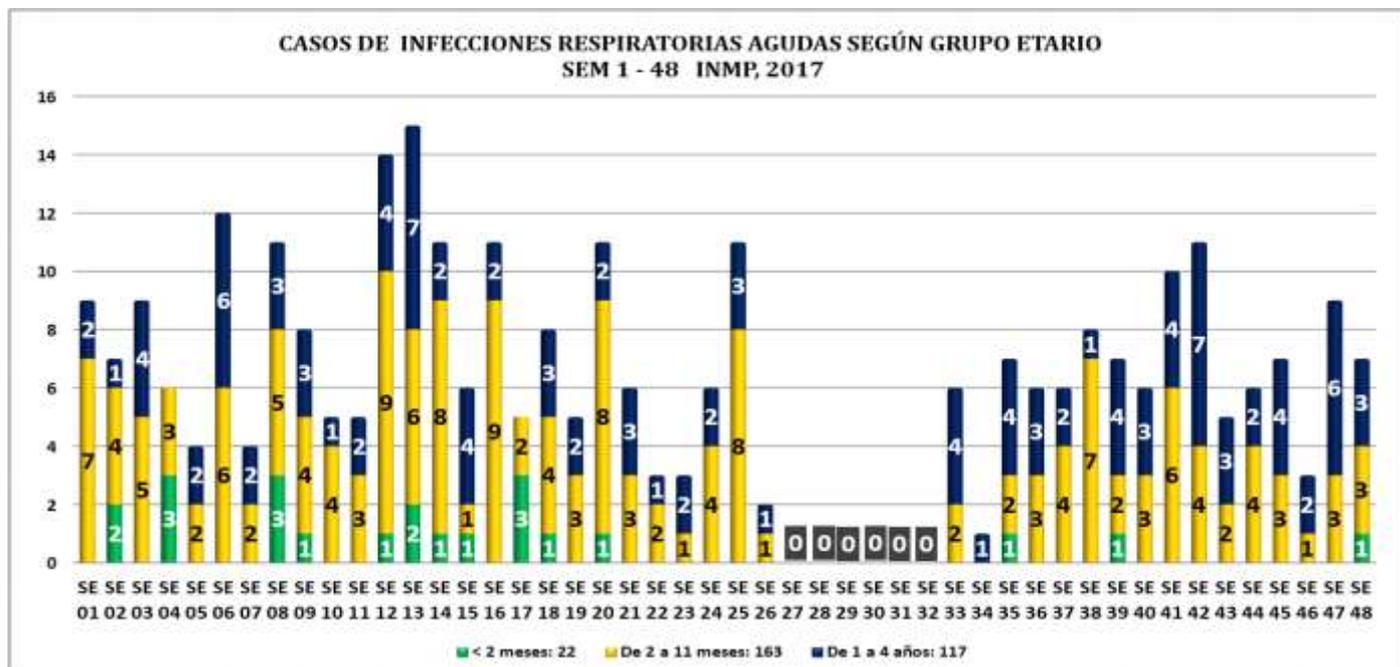


Gráfico 30. Número de Casos de IRA por Grupo Etáreo – INMP 2017

VIGILANCIA DE ENFERMEDAD DIARRÉICA AGUDA

Presentamos los casos de Enfermedad Diarreica Aguda. El total de casos presentados hasta la SE 48 son 93 casos. El grupo objetivo de mayor incidencia es el comprendido en la población de menores de 1 año, que representa el 58% (57 casos). En la SE 26 al 31 no hubo reportes por la huelga médica.

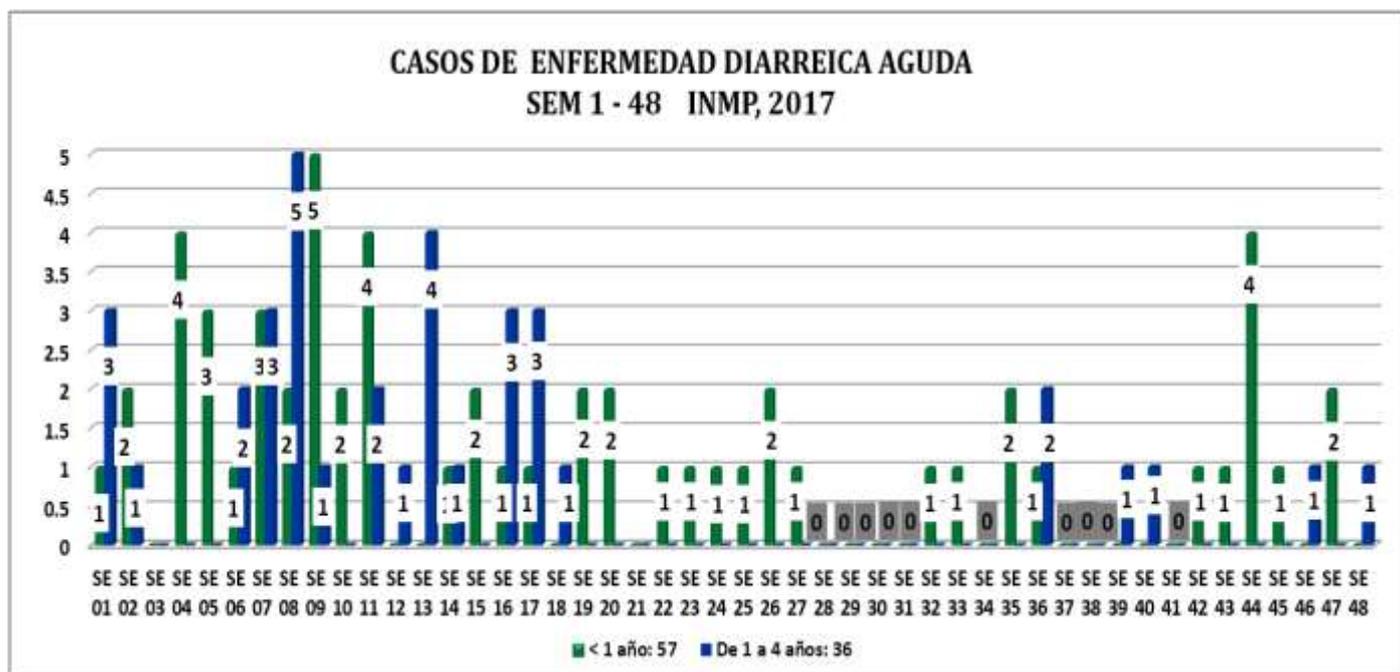


Gráfico 31. Número de Casos de EDA por Semana Epidemiológica (SE) – INMP 2017



VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE MICROCEFALIA

El INMP reporta los casos de microcefalia detectados en la atención inmediata del recién nacido y evaluados por la médica Neuropediatra para la definición de caso.

Se han detectado en lo que va del año, 10 casos de microcefalia, ninguno de estos casos está relacionado a infección por Virus Zika.

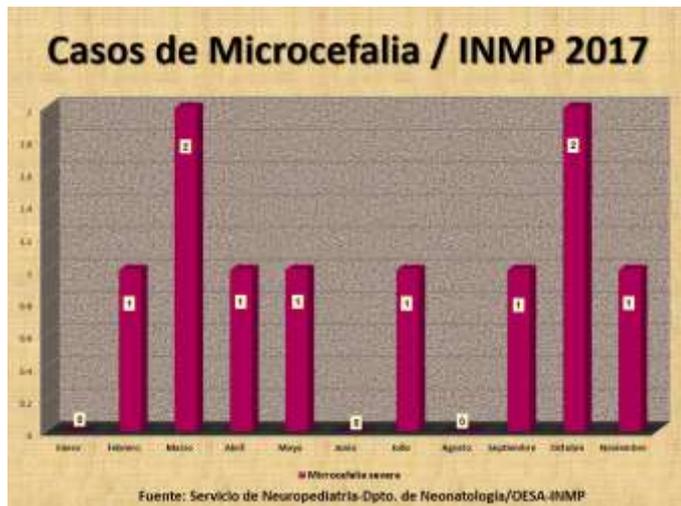


Gráfico 32. Número de Casos de Microcefalia – INMP 2017

VIGILANCIA DE ACCIDENTES LABORALES

Hasta el mes de noviembre se han reportado 27 casos de accidentes laborales, los cuales son manejados por la Unidad Funcional de Seguridad y Salud en el Trabajo.

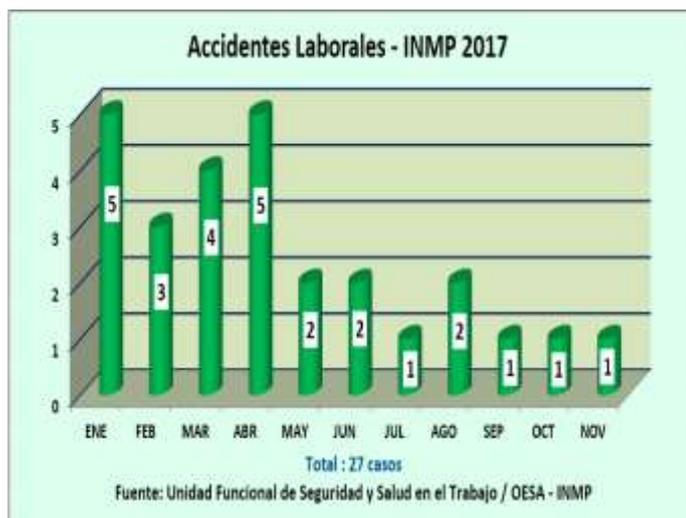


Gráfico 33. Número de Casos de Accidentes Laborales – INMP 2017

Según el tipo de lesión, hasta el mes de noviembre se ha presentado 10 casos de pinchaduras, 9 casos de caídas, 2

casos de quemaduras, 2 casos de sobreesfuerzo, 2 casos salpicadura, 1 caso de corte y 1 caso de golpe.

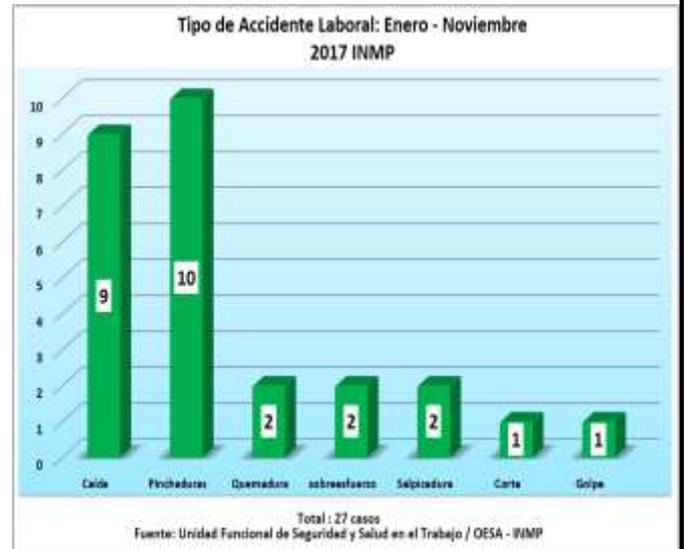


Gráfico 34. Número de Accidentes laborales según Tipo de Accidente – INMP 2017

En relación al grupo ocupacional que presentaron los accidentes tenemos: Personal administrativo 7 casos, personal del servicio de limpieza 6 casos, profesionales de salud 6 casos, estudiantes 4 casos y personal técnico 4 casos.

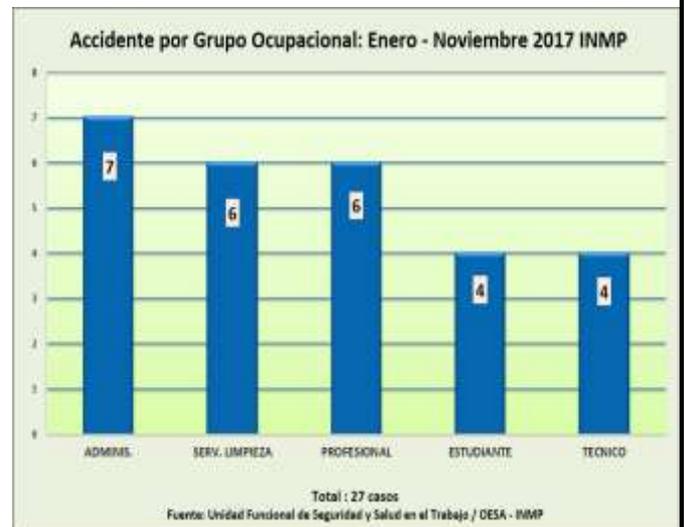


Gráfico 35. Número de Accidentes laborales según Grupo Ocupacional – INMP 2017

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



caso en Hospitalización, 1 caso en escaleras de Perú Japón y un caso en Atención Inmediata.

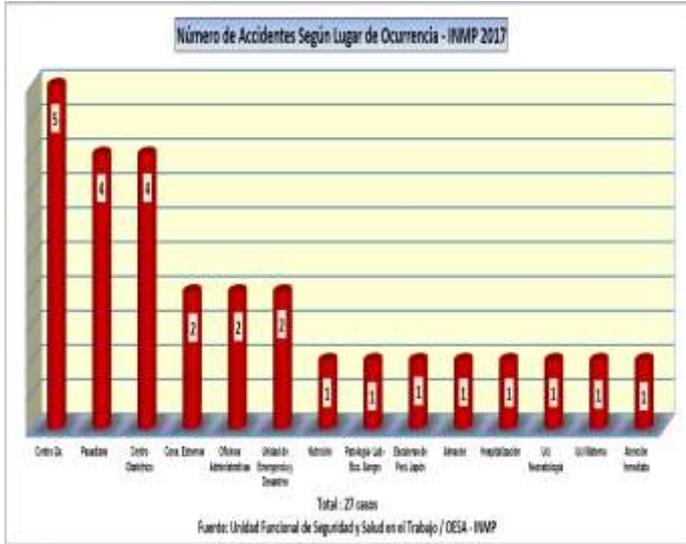


Gráfico 36. Número de Accidentes laborales según Lugar de Ocurrencia – INMP 2017

VIGILANCIA DE LA SEGREGACION DE RESIDUOS SÓLIDOS

Hasta el mes de noviembre se ha registrado un total de 235,679 kg entre residuos sólidos bio-contaminados y placentas. La cantidad de residuos comunes registrados fueron un total de 96,999 kg.

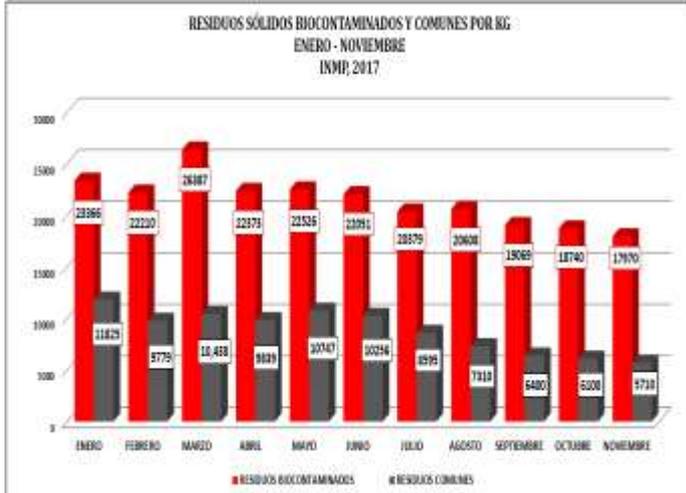


Gráfico 37. Cantidad (Kg) de Residuos Sólidos Comunes y Biocontaminados Eliminados por Meses – INMP 2017

VIGILANCIA DE LA CALIDAD DEL AGUA

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

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

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

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

pH en el agua, según servicio INMP, 2017

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

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

