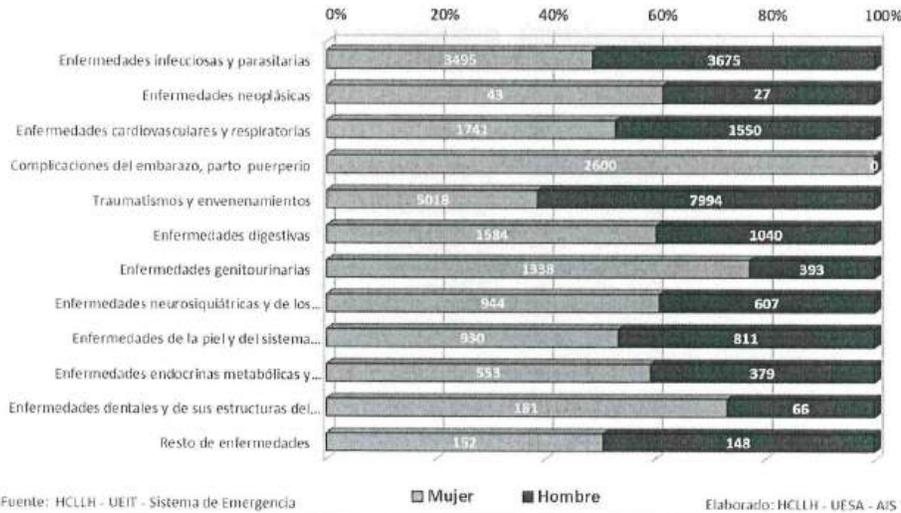


3.07 HCLLH: Morbilidad en Emergencia según sexo por grandes grupos de causas (12/110 OPS), 2017.



MORBILIDAD POR ETAPAS DE VIDA

Durante el año 2017 los niños/niñas concentran el 34,2% de la patología atendida, los adultos el 28,4%, jóvenes el 20,6%, los adultos mayores el 11,1% y el 5,7% los adolescentes.

En la **etapa de vida niño/niña** destacan las infecciones de las vías respiratorias (29,1%), los traumatismos superficiales y heridas (22,9%), enfermedades infecciosas intestinales (11%), asma (5,9%) y enfermedades pulmonares obstructivas crónicas (5,4%).

En la **etapa de vida del/la adolescente**, predominan los traumatismos superficiales y heridas (33,9%), infecciones de las vías respiratorias (8,5%), asma (4,7%), fracturas (4,6%) y enfermedades infecciosas intestinales (4,2%).

En la **etapa de vida del/la joven** principalmente tenemos los traumatismos superficiales y heridas (33,5%), embarazo terminado en aborto (7,7%),

enfermedades infecciosas intestinales (3,6%), otras afecciones obstétricas no clasificadas en otra parte (3,3%), y enfermedades del apéndice y de los intestinos (3,3%).

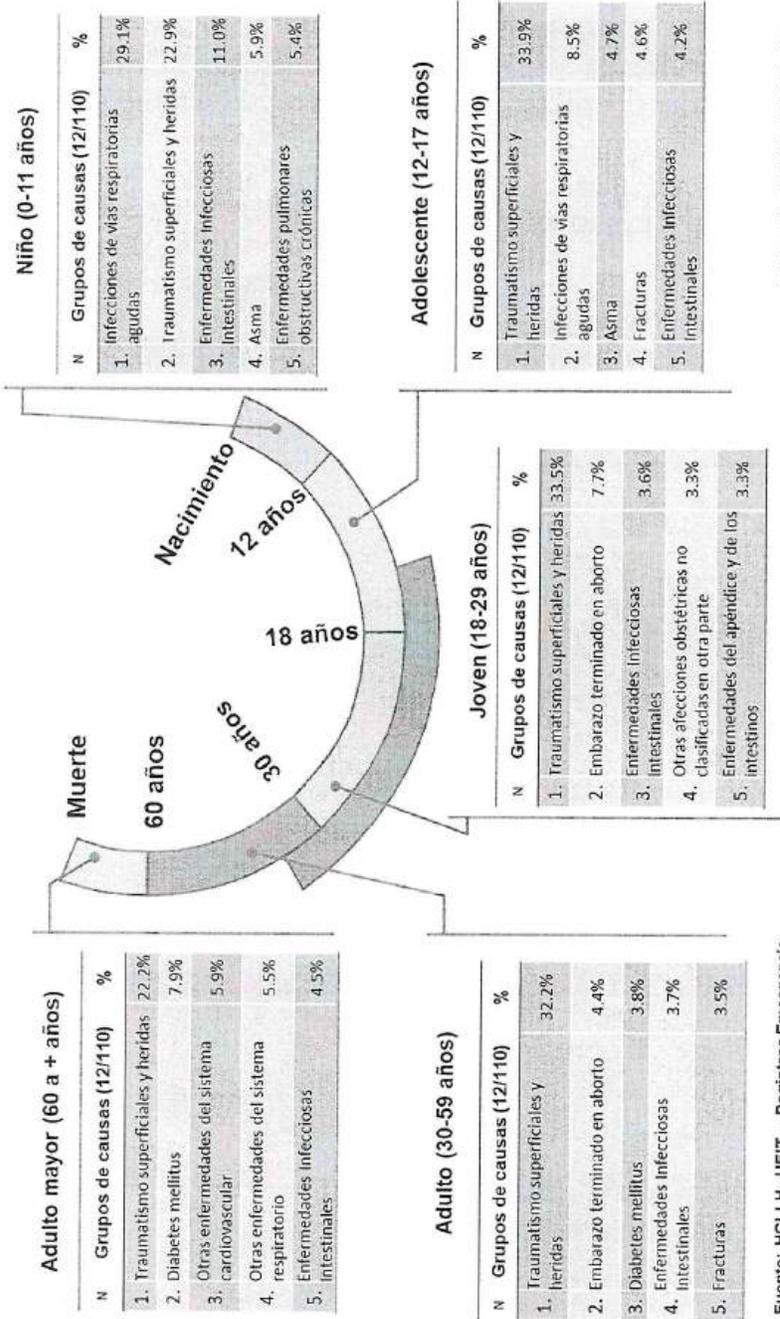
En la **etapa de vida de la adulta y del adulto** destacan los traumatismos superficiales y heridas (32,2%), embarazo terminado en aborto (4,4%), diabetes mellitus (3,8%), enfermedades infecciosas intestinales (3,7%) y fracturas (3,5%).

En la **etapa de vida de la adulta mayor y el adulto mayor**, predominan los traumatismos superficiales y heridas (22,2%), diabetes mellitus (7,9%), otras enfermedades del sistema cardiovascular (5,9%), otras enfermedades del sistema respiratorio (5,5%), y enfermedades infecciosas intestinales (4,5%).

Gráfico 3,08.



3.08. HCLLH: Principales Causas de Morbilidad por Etapas de Vida en Emergencia, 2017.



Elaborado: HCLLH - UESA - AIS

Fuente: HCLLH - UEIT - Registros Emergencia

3.1.3. MORBILIDAD HOSPITALARIA

PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD

Para el año 2017 se atendieron 12 667 patologías en hospitalización.

A partir del año 2016 los departamentos médicos en coordinación con la Unidad de Estadística e Informática tratan de mejorar el registro de diagnósticos de los egresos hospitalarios.

Las patologías por egresos hospitalarios que más se atendieron durante el año

2017 fueron otras afecciones obstétricas no clasificadas en otra parte (13,3%), embarazo terminado en aborto (7,3%), complicaciones del trabajo de parto y del parto (5,5%), enfermedades del apéndice y de los intestinos (5%), neumonías e influenza (3,7%), atención materna relacionada con el feto y la cavidad amniótica (3,7%), coledocolitias y colecistitis (3,0%), infección de las vías genitourinarias en el embarazo (3,0%), otras afecciones originadas en el periodo perinatal (2,9%), complicaciones relacionados con el embarazo (2,9%), infecciones específicas del periodo perinatal (2,6%), fracturas (2,3%), otras enfermedades del sistema cardiovascular (2,2%), traumatismo superficiales y heridas (2,0%), otras enfermedades del sistema respiratorio (2,0%), hernias (1,9%), diabetes mellitus (1,8%), infección de vías urinarias (1,7%), otras enfermedades del sistema digestivo (1,6%), infecciones de la piel y del tejido subcutáneo (1,6%) las que acumulan el 35% de la morbilidad hospitalaria.

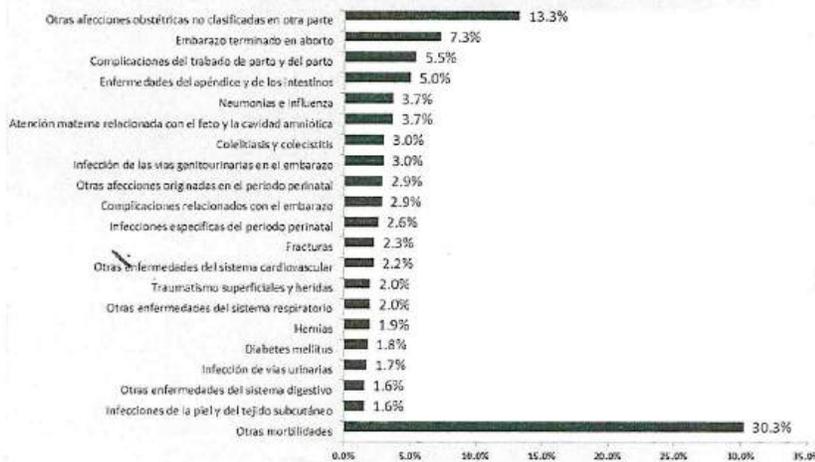
Tabla 3.11 y gráfico 3.09.

3.11. HCLLH: Primeras causas de morbilidad por hospitalización, 2017

Nº	Grupos de causas (12/110)	Nº casos	%	% Acumulado
1	Otras afecciones obstétricas no clasificadas en otra parte	1684	13.3%	13.3%
2	Embarazo terminado en aborto	926	7.3%	20.6%
3	Complicaciones del trabajo de parto y del parto	692	5.5%	26.1%
4	Enfermedades del apéndice y de los intestinos	638	5.0%	31.1%
5	Neumonías e influenza	466	3.7%	34.8%
6	Atención materna relacionada con el feto y la cavidad amniótica	463	3.7%	38.4%
7	Coledocolitias y colecistitis	378	3.0%	41.4%
8	Infección de las vías genitourinarias en el embarazo	375	3.0%	44.4%
9	Otras afecciones originadas en el periodo perinatal	364	2.9%	47.3%
10	Complicaciones relacionados con el embarazo	362	2.9%	50.1%
11	Infecciones específicas del periodo perinatal	325	2.6%	52.7%
12	Fracturas	286	2.3%	54.9%
13	Otras enfermedades del sistema cardiovascular	282	2.2%	57.2%
14	Traumatismo superficiales y heridas	253	2.0%	59.2%
15	Otras enfermedades del sistema respiratorio	252	2.0%	61.2%
16	Hernias	247	1.9%	63.1%
17	Diabetes mellitus	228	1.8%	64.9%
18	Infección de vías urinarias	220	1.7%	66.6%
19	Otras enfermedades del sistema digestivo	197	1.6%	68.2%
20	Infecciones de la piel y del tejido subcutáneo	197	1.6%	69.7%
	Otras morbilidades	3832	30.3%	100.0%
	Total	12667	100%	

Fuente: HCLLH - UEIT - Sistema de Egresos
Elaborado: HCLLH - UESA - AIS

3.09. HCLLH: Principales causas de morbilidad de egresos hospitalarios (12/110 OPS), 2017.



Fuente: HCLLH - UEIT - Sistema de Egresos

Elaborado: HCLLH - UESA - AIS



La comparación de la morbilidad de los egresos hospitalarios entre los años 2012 y 2017 muestra incremento de las patologías obstétricas como otras afecciones obstétricas no clasificadas en otra parte (del puesto 23 al primer lugar),

embarazo terminado en aborto, complicaciones del trabajo de parto y del parto, quienes ocupan los tres primeros lugares; así como neumonía e influenza ha pasado del puesto 11 al quinto lugar.

Tabla 3.12.

3,12 HCLLH: Diez Primeras Causas de Morbilidad General en hospitalización, 2012 y 2017.

Nº	Grupos de causas (12/110) año 2012	Frecuencia	%	Nº	Grupos de causas (12/110) año 2017	Frecuencia	%
1	Embarazo terminado en aborto	813	24.4%	1	Otras afecciones obstétricas no clasificadas en otra parte	1684	13.3%
2	Enfermedades del apéndice y de los intestinos	424	12.7%	2	Embarazo terminado en aborto	926	7.3%
3	Colelitiasis y colecistitis	225	6.8%	3	Complicaciones del trabajo de parto y del parto	692	5.5%
4	Hernias	198	6.0%	4	Enfermedades del apéndice y de los intestinos	638	5.0%
5	Asma	155	4.7%	5	Neumonías e influenza	466	3.7%
6	Infecciones de la piel y del tejido subcutáneo	95	2.9%	6	Atención materna relacionada con el feto y la cavidad	463	3.7%
7	Fracturas	87	2.6%	7	Colelitiasis y colecistitis	378	3.0%
8	Traumatismo superficiales y heridas	80	2.4%	8	Infección de las vías genitourinarias en el embarazo	375	3.0%
9	Otras enfermedades del sistema digestivo	78	2.3%	9	Otras afecciones originadas en el periodo perinatal	364	2.9%
10	Ictericia neonatal excepto ictericia debida a enfermedad	71	2.1%	10	Complicaciones relacionados con el embarazo	362	2.9%
11	Neumonías e influenza	66	2.0%	11	Infecciones específicas del periodo perinatal	325	2.6%
12	Infecciones específicas del periodo perinatal	64	1.9%	12	Fracturas	286	2.3%
13	Otras enfermedades de los órganos genitales femer	62	1.9%	13	Otras enfermedades del sistema cardiovascular	282	2.2%
14	Traumatismos internos, amputaciones traumáticas y	61	1.8%	14	Traumatismo superficiales y heridas	253	2.0%
15	Diabetes mellitus	55	1.7%	15	Otras enfermedades del sistema respiratorio	252	2.0%
	Otros	793	23.8%		Otros	4921	38.8%
	Total	3327	100%		Total	12667	100%

Fuente: HCLLH - LIET - Sistema de Egresos
Elaboración: HCLLH - UESA - AIS



MORBILIDAD POR GRANDES GRUPOS DE CAUSAS

Durante el periodo 2012-2017 se han atendido un total de 42 505 patologías por hospitalización, en promedio 7084 patologías anuales.

decreciente de 28% a 11,8% (variación de -16,2%), debido principalmente a enfermedades del apéndice y de los intestinos, colelitiasis y colecistitis, y hernias.

El grupo de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio, se ha mantenido en el primer lugar con un promedio de 33,5%, con tendencia al incremento de 28,7% en 2012 a 38,6% en el año 2017 (variación 9,9%).

Las enfermedades cardiovasculares y respiratorias, son el tercer grupo morbilidad en hospitalización, con un promedio de 7,8% para el periodo 2012-2017, con una tendencia decreciente de 9,0% a 8,4%.

El segundo lugar en el periodo 2011-2016 lo ocupan las enfermedades digestivas, con un promedio de 17%, con tendencia

Tabla 3,13 y gráfico 3,10.

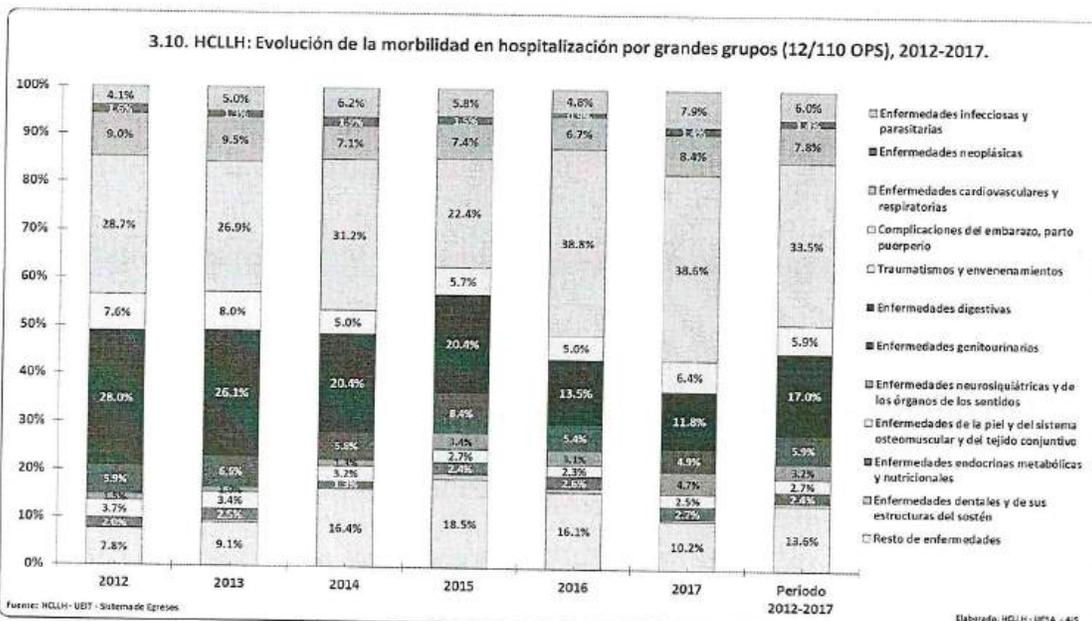


3.13. HCLLH: Primeras causas de morbilidad en hospitalización, 2012-2017

Morbilidad según Agrupación 12/110 OPS	Años					2017		Periodo 2012-2017	
	2012	2013	2014	2015	2016	N°	%	N°	%
1 Enfermedades infecciosas y parasitarias	135	161	283	411	564	996	7.9%	2550	6.0%
2 Enfermedades neoplásicas	54	42	88	107	110	182	1.4%	583	1.4%
3 Enfermedades cardiovasculares y respiratorias	300	302	323	520	784	1069	8.4%	3298	7.8%
4 Complicaciones del embarazo, parto puerperio	955	859	1430	1881	4535	4891	38.6%	14251	33.5%
5 Traumatismos y envenenamientos	254	255	227	404	583	806	6.4%	2529	5.9%
6 Enfermedades digestivas	932	834	934	1442	1574	1498	11.8%	7214	17.0%
7 Enfermedades genitourinarias	197	212	265	595	636	621	4.9%	2526	5.9%
8 Enfermedades neurológicas y de los órganos de los sentidos	49	32	58	243	365	599	4.7%	1346	3.2%
9 Enfermedades de la piel y del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	124	110	148	187	265	320	2.5%	1154	2.7%
10 Enfermedades endocrinas metabólicas y nutricionales	66	80	59	172	300	345	2.7%	1022	2.4%
11 Enfermedades dentales y de sus estructuras del sostén	3	12	13	88	94	48	0.4%	258	0.6%
12 Resto de enfermedades	258	291	752	1303	1878	1292	10.2%	5774	13.6%
Total	3327	3190	4580	7063	11688	12667	100.0%	42505	100.0%

Fuente: HCLLH - UET - Sistema de Egresos
Elaborado: HCLLH - UESA - AS

3.10. HCLLH: Evolución de la morbilidad en hospitalización por grandes grupos (12/110 OPS), 2012-2017.



MORBILIDAD POR SEXO

La morbilidad en el sexo femenino representa el 71% del total de patologías atendidas en hospitalización, mientras que el sexo masculino el 29%.

En el sexo femenino se atendieron 8 931 patologías durante el año 2017, entre las principales tenemos otras afecciones obstétricas no clasificadas en otra parte (18,9%), embarazo terminado en aborto (10,4%), complicaciones del trabajo de parto y del parto (7,7%), atención materna relacionada con el feto y la cavidad amniótica (5,2%), infección de las vías genitourinarias en el embarazo

(4,2%) y las complicaciones relacionadas con el embarazo (4,1%); en total acumulan el 50,4% del total de la morbilidad hospitalaria en este grupo.

En el sexo masculino se atendieron 3 736 patologías, entre las que predominan enfermedades del apéndice y de los intestinos (9%), neumonías e influenza (7,1%), otras afecciones originadas en el periodo perinatal (6,1%), fracturas (5,1%), infecciones específicas del periodo perinatal (4,7%), traumatismos superficiales y heridas (4,6%); en total

acumulan el 36,6% de la morbilidad en este grupo. Tabla 3.14.

3,14 HCLLH: Primeras causas de morbilidad por sexo en hospitalización, 2017

Nº	Grupos de causas (12/110) - Sexo Femenino	Nº casos	%	% Acumulado
1	Otras afecciones obstétricas no clasificadas en otra parte	1684	18.9%	18.9%
2	Embarazo terminado en aborto	926	10.4%	29.2%
3	Complicaciones del trabajo de parto y del parto	692	7.7%	37.0%
4	Atención materna relacionada con el feto y la cavidad am	463	5.2%	42.2%
5	Infección de las vías genitourinarias en el embarazo	375	4.2%	46.4%
6	Complicaciones relacionados con el embarazo	362	4.1%	50.4%
7	Enfermedades del apéndice y de los Intestinos	300	3.4%	53.8%
8	Coledocolitis y colecistitis	296	3.3%	57.1%
9	Neumonías e influenza	201	2.3%	59.3%
10	Otras enfermedades de los órganos genitales femenino	196	2.2%	61.5%
11	Complicaciones relacionadas con el puerperio	181	2.0%	63.6%
12	Infección de vías urinarias	166	1.9%	65.4%
13	Infecciones específicas del periodo perinatal	150	1.7%	67.1%
14	Otras enfermedades del sistema cardiovascular	146	1.6%	68.7%
15	Otras afecciones originadas en el periodo perinatal	136	1.5%	70.2%
16	Diabetes mellitus	134	1.5%	71.8%
17	Enfermedad hipertensiva en el embarazo, parto y puerpe	129	1.4%	73.2%
18	Otras enfermedades del sistema respiratorio	121	1.4%	74.5%
19	Otras enfermedades del ojo y sus anexos	121	1.4%	75.9%
20	Neoplasias benignas y de comportamiento incierto o dr	119	1.3%	77.2%
	Otras morbilidades	2033	22.8%	100.0%
	Total	8931	100%	

Fuente: HCLLH - UD - Sistema de Egresos
Elaborado: HCLLH - UESA - AIS

Nº	Grupos de causas (12/110) - Sexo Masculino	Nº casos	%	% Acumulado
1	Enfermedades del apéndice y de los intestinos	338	9.0%	9.0%
2	Neumonías e influenza	265	7.1%	16.1%
3	Otras afecciones originadas en el periodo perinatal	228	6.1%	22.2%
4	Fracturas	190	5.1%	27.3%
5	Infecciones específicas del periodo perinatal	175	4.7%	32.0%
6	Traumatismo superficiales y heridas	170	4.6%	36.6%
7	Traumatismos internos, amputaciones traumáticas y apla	144	3.9%	40.4%
8	Hernias	137	3.7%	44.1%
9	Otras enfermedades del sistema cardiovascular	136	3.6%	47.7%
10	Otras enfermedades del sistema respiratorio	131	3.5%	51.2%
11	Ictericia neonatal excepto ictericia debida a enfermedad he	114	3.1%	54.3%
12	Infecciones de la piel y del tejido subcutáneo	109	2.9%	57.2%
13	Otras enfermedades del sistema digestivo	97	2.6%	59.8%
14	Diabetes mellitus	94	2.5%	62.3%
15	Enfermedades infecciosas intestinales	87	2.3%	64.6%
16	Coledocolitis y colecistitis	82	2.2%	66.8%
17	Catarata	80	2.1%	69.0%
18	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	71	1.9%	70.9%
19	Asma	69	1.8%	72.7%
20	Hipertensión esencial	68	1.8%	74.5%
	Otras morbilidades	951	25.5%	100.0%
	Total	3736	100%	

De acuerdo a los grandes grupos de causas de morbilidad, en el sexo femenino predominan las complicaciones del embarazo, parto y puerperio, las enfermedades neoplásicas y genitourinarias.

Los traumatismos y envenenamientos, y enfermedades infecciosas y parasitarias predominan en el sexo masculino.

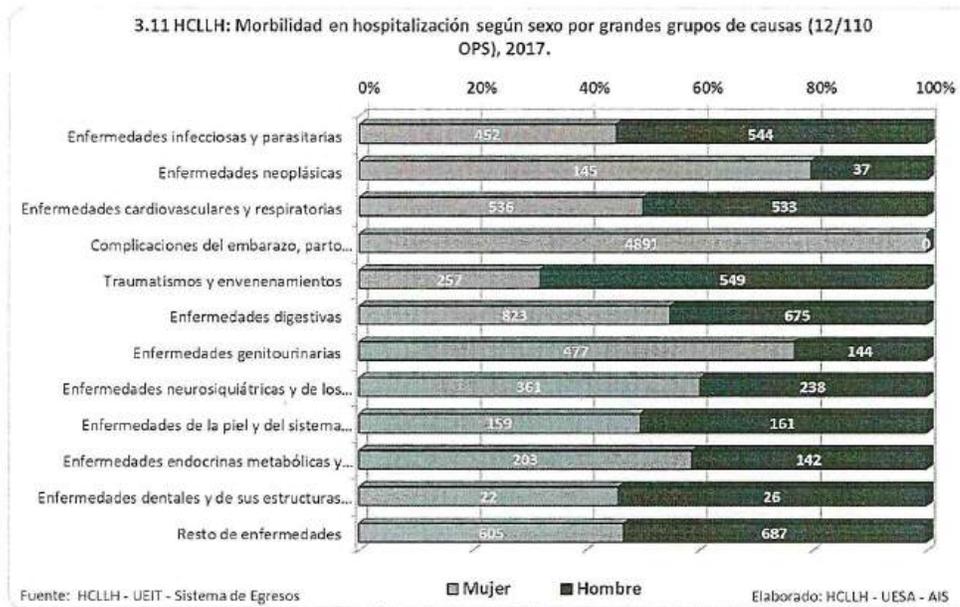
Tabla 3.15 y gráfico 3.11.

3,15 HCLLH: Primeras causas de morbilidad por sexo en hospitalización, 2017

Nº	Grupos de causas (12/110)	Mujer		Hombre		Total 2017	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
1	Enfermedades infecciosas y parasitarias	452	45.4%	544	54.6%	996	100%
2	Enfermedades neoplásicas	145	79.7%	37	20.3%	182	100%
3	Enfermedades cardiovasculares y respiratorias	536	50.1%	533	49.9%	1069	100%
4	Complicaciones del embarazo, parto puerperio	4891	100.0%	0	0.0%	4891	100%
5	Traumatismos y envenenamientos	257	31.9%	549	68.1%	806	100%
6	Enfermedades digestivas	823	54.9%	675	45.1%	1498	100%
7	Enfermedades genitourinarias	477	78.8%	144	23.2%	621	100%
8	Enfermedades neurológicas y de los órganos de los sen	361	60.3%	238	39.7%	599	100%
9	Enfermedades de la piel y del sistema osteomuscular y del	159	49.7%	161	50.3%	320	100%
10	Enfermedades endocrinas metabólicas y nutricionales	203	58.8%	142	41.2%	345	100%
11	Enfermedades dentales y de sus estructuras del sostén	22	45.8%	26	54.2%	48	100%
12	Resto de enfermedades	605	46.8%	687	53.2%	1292	100%
	Total	8931	70.6%	3736	29.6%	12667	100%

Fuente: HCLLH - UEIT - Sistema de Egresos
Elaborado: HCLLH - UESA - AIS





MORBILIDAD POR ETAPAS DE VIDA

Entre los egresos hospitalarios del año 2017, los adultos concentran el 31,4% de la patología atendida, jóvenes el 28,9%, los niños/niñas el 18,9%, los adultos mayores el 15,5%, y el 4,4% los adolescentes.

Las principales causas de morbilidad en la **etapa de vida niño/niña** se encuentran otras infecciones originadas en el periodo perinatal (15,2%), infecciones específicas del periodo perinatal (13,6%), neumonías e influenza (12,4%), ictericia neonatal (8,1%), y enfermedades infecciosas intestinales (5,4%).

En la **etapa de vida del/la adolescente**, predominan otras afecciones obstétricas no clasificadas en otra parte (23,3%), embarazo terminado en aborto (9,3%), enfermedades del apéndice y de los intestinos (8,8%), infección de las vías genitourinarias en el embarazo (8,1%) y las complicaciones del trabajo de parto y del parto (7,5%).

En la **etapa de vida del/la joven** principalmente tenemos otras afecciones

obstétricas no clasificadas en otra parte (27,8%), embarazo terminado en aborto (12,7%), complicaciones del trabajo de parto y del parto (11,1%), atención materna relacionada con el feto y la cavidad amniótica (7,1%), infección de las vías genitourinarias en el embarazo (6%).

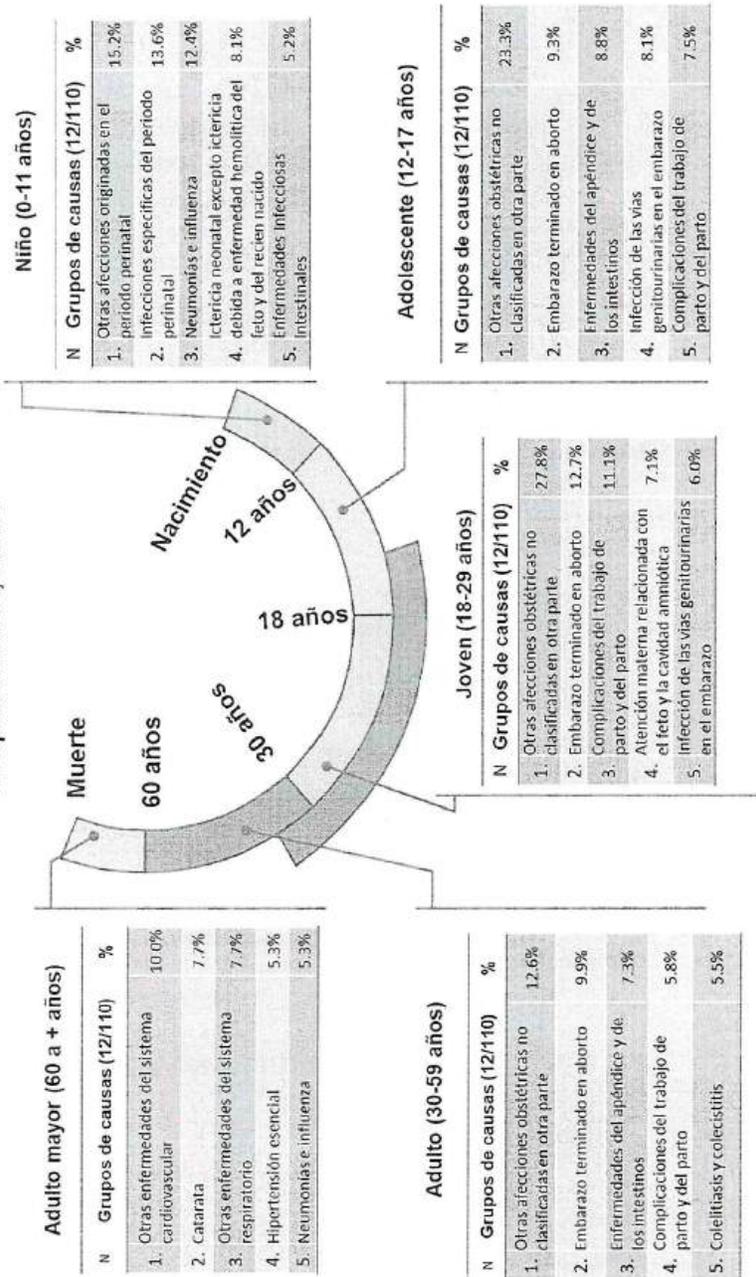
En la **etapa de vida de la adulta y del adulto** destacan otras afecciones obstétricas no clasificadas en otra parte (12,6%), embarazo terminado en aborto (9,9%), enfermedades del apéndice y de los intestinos (7,3%), complicaciones del trabajo de parto y del parto (5,8%), coledocistitis y colecistitis (5,5%).

En la **etapa de vida de la adulta mayor y el adulto mayor**, predominan otras enfermedades del sistema cardiovascular (10%), catarata (7,7%), otras enfermedades del sistema respiratorio (7,7%), hipertensión esencial (5,3%) y neumonías e influenza (5,3%).

Gráfico 3.12.



3.12. HCLLH: Principales Causas de Morbilidad por Etapas de Vida en Hospitalización, 2017.



Fuente: HCLLH - UEIT - Registros Hospitalarios

Elaborado: HCLLH - UESA - AIS

3.1.4. MORBILIDAD POR DEPARTAMENTOS

3.1.4.1. Morbilidad en el Departamento de Pediatría

Consulta Externa:

Durante el año 2017 se observa incremento del 29% de patologías atendidas respecto al año anterior.

Las infecciones de las vías respiratorias agudas se incrementaron en 7% (de 39,1

a 46,2%), las atenciones por asma decrecieron en 5,5% (de 13,5% a 8%), las anomalías congénitas decrecieron en 1,2% (de 4,9% a 3,7%).

Tabla 3.16 y gráfico 3.13.

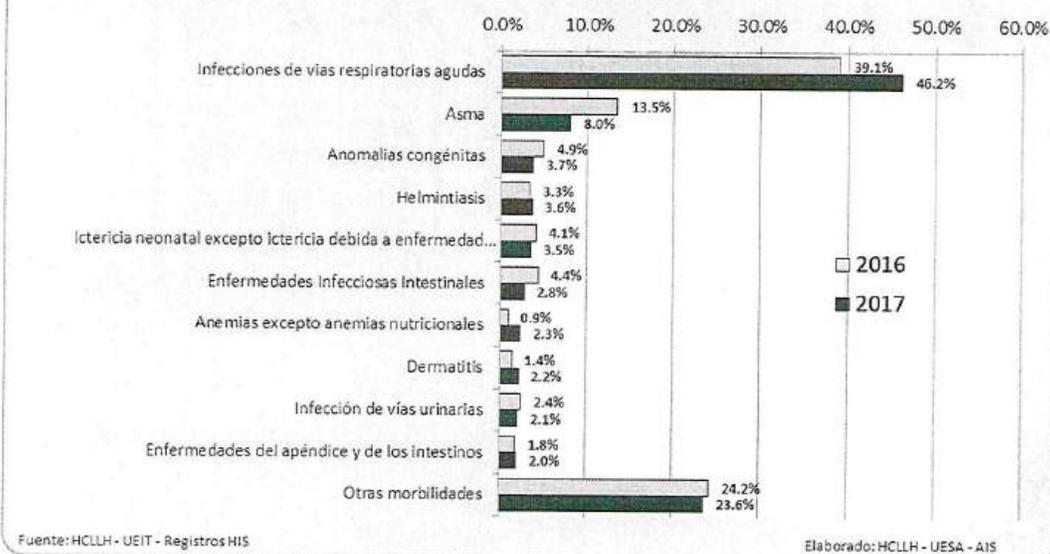
3.16. HCLLH: Primeras Causas de Morbilidad en Consulta Externa, Departamento de Pediatría, 2016-2017.

N°	Morbilidad - Agrupación OPS 12/110	2016		2017	
		N°	%	N°	%
1	Infecciones de vías respiratorias agudas	1534	39.1%	2348	46.2%
2	Asma	529	13.5%	409	8.0%
3	Anomalías congénitas	192	4.9%	186	3.7%
4	Helmintiasis	130	3.3%	185	3.6%
5	Ictericia neonatal excepto ictericia debida a enfermedad hemolitica	162	4.1%	179	3.5%
6	Enfermedades Infecciosas Intestinales	171	4.4%	141	2.8%
7	Anemias excepto anemias nutricionales	36	0.9%	119	2.3%
8	Dermatitis	55	1.4%	110	2.2%
9	Infección de vías urinarias	96	2.4%	107	2.1%
10	Enfermedades del apéndice y de los intestinos	71	1.8%	100	2.0%
	Otras morbilidades	951	24.2%	1200	23.6%
	Total	3927	100%	5084	100%

Fuente: HCLLH - UEIT - Registros HIS

Elaboración: HCLLH - UESA - AIS

3.13. HCLLH: Primeras causas de morbilidad en consulta externa, Departamento de Pediatría, 2016-2017.



Emergencia:

Se observa incremento de 14% en las patologías registradas en el año 2017 respecto al año anterior.

Las primeras causas de morbilidad atendida en Emergencia son la infecciones de las vías respiratorias agudas (variación

+4,2%), enfermedades infecciosas intestinales (variación -1,6%), asma (variación -4,3%); las seis primeras acumulan el 80% de la morbilidad en pediatría de emergencia.

Tabla 3.17 y gráfico 3.14.

3.17. HCLLH: Primeras Causas de Morbilidad en Emergencia. Dpto. Pediatría, 2016-2017.

N°	Morbilidad - Agrupación OPS 12/110	2016		2017	
		N°	%	N°	%
1	Infecciones de vías respiratorias agudas	2611	36.7%	3334	40.9%
2	Enfermedades Infecciosas Intestinales	1206	16.9%	1244	15.3%
3	Asma	940	13.2%	726	8.9%
4	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	431	6.1%	600	7.4%
5	Urticaria	256	3.6%	328	4.0%
6	Infección de vías urinarias	244	3.4%	268	3.3%
7	Neumonías e influenza	167	2.3%	207	2.5%
8	Enfermedades del apéndice y de los intestinos	101	1.4%	159	2.0%
9	Infecciones de la piel y del tejido subcutáneo	167	2.3%	154	1.9%
10	Gastritis y duodenitis	78	1.1%	107	1.3%
11	Infecciones específicas del periodo perinatal	102	1.4%	105	1.3%
12	Otras lesiones y secuelas de causas externa	79	1.1%	87	1.1%
13	Otras enfermedades del oído y de la apófisis mastoide	40	0.6%	76	0.9%
14	Traumatismo superficiales y heridas	62	0.9%	69	0.8%
15	Enfermedades prevenibles por vacunación	72	1.0%	69	0.8%
	Otras morbilidades	561	7.9%	612	7.5%
	Total	7117	100%	8145	100%

Fuente: HCLLH - UEIT - Registros Emergencia
Elaboración: HCLLH - UESA - AIS



3.14. HCLLH: Primeras causas de morbilidad en emergencia, Departamento de Pediatría, 2016-2017.



Fuente: HCLLH - UEIT - Registros Emergencia

Elaborado: HCLLH - UESA - AIS

Hospitalización:

Entre las primeras causas de morbilidad hospitalaria tenemos: neumonías e influenza con incremento de 10,1% (de 5,3% a 15,4%), otras infecciones originadas en el periodo perinatal con disminución de 22,3% (de 35,8% a 13,5%), otras infecciones originadas en el periodo perinatal con disminución de 22,3% (de 35,8% a 13,5%), infecciones específicas del periodo perinatal con disminución de 22,3% (de 35,8% a 13,5%), infecciones específicas del periodo perinatal con disminución de 1,9% (de 13,5% a 11,6%), ictericia neonatal

excepto ictericia hemolítica con incremento de 1,9% (de 6.7% a 8,6%), enfermedades infecciosas intestinales con incremento de 2,3% (de 4% a 6,3%). Las primeras 10 causas acumulan el 80% de las patologías.

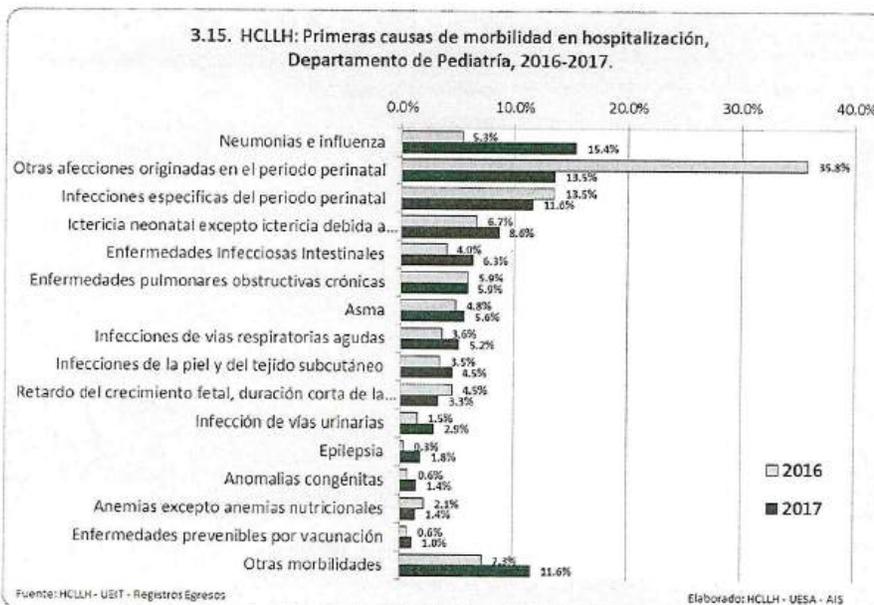
Tabla 3.18 y gráfico 3.15.

3.18. HCLLH: Primeras Causas de Morbilidad Hospitalaria. Dpto. Pediatría, 2016-2017.

N°	Morbilidad - Agrupación OPS 12/110	2016		2017	
		N°	%	N°	%
1	Neumonias e influenza	125	5.3%	305	15.4%
2	Otras afecciones originadas en el periodo perinatal	839	35.8%	268	13.5%
3	Infecciones específicas del periodo perinatal	317	13.5%	229	11.6%
4	Ictericia neonatal excepto ictericia debida a enfermeda	156	6.7%	170	8.6%
5	Enfermedades Infecciosas Intestinales	93	4.0%	125	6.3%
6	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	139	5.9%	116	5.9%
7	Asma	113	4.8%	111	5.6%
8	Infecciones de vías respiratorias agudas	84	3.6%	102	5.2%
9	Infecciones de la piel y del tejido subcutáneo	81	3.5%	89	4.5%
10	Retardo del crecimiento fetal, duración corta de la gest	106	4.5%	66	3.3%
11	Infección de vías urinarias	35	1.5%	58	2.9%
12	Epilepsia	7	0.3%	36	1.8%
13	Anomalías congénitas	15	0.6%	28	1.4%
14	Anemias excepto anemias nutricionales	49	2.1%	27	1.4%
15	Enfermedades prevenibles por vacunación	15	0.6%	20	1.0%
	Otras morbilidades	171	7.3%	229	11.6%
	Total	2345	100%	1979	100%

Fuente: HCLLH - UEIT - Sistema de Egresos

Elaboración: HCLLH - UESA - AIS



3.1.4.2. Morbilidad en el Departamento de Medicina

Consulta Externa:

Durante el año 2017 las primeras causas de morbilidad atendida en emergencia fueron otras enfermedades del sistema cardiovascular (7,7%), otras enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo (6,8%), otras enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo (6,8%), otras

enfermedades mentales y del comportamiento (5,9%), diabetes mellitus (5,3%), otras enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo (5,2%), entre otros.

Tabla 3.19 y gráfico 3.16.

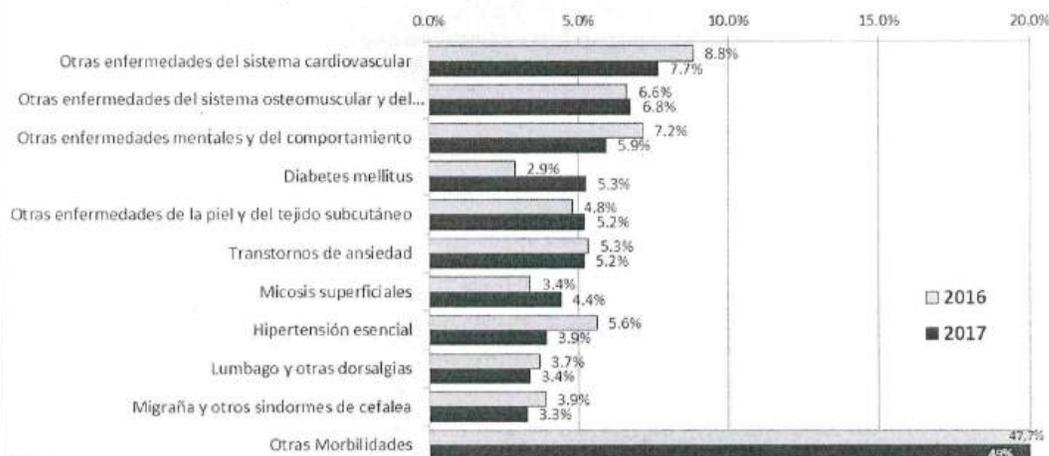
3.19. HCLLH: Primeras Causas de Morbilidad en Consulta Externa. Dpto. Medicina, 2016-2017.

Nº	Morbilidad - Agrupación OPS 12/110	2016		2017	
		Nº	%	Nº	%
1	Otras enfermedades del sistema cardiovascular	2575	8.8%	2303	7.7%
2	Otras enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjur	1932	6.6%	2028	6.8%
3	Otras enfermedades mentales y del comportamiento	2089	7.2%	1778	5.9%
4	Diabetes mellitus	845	2.9%	1573	5.3%
5	Otras enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	1395	4.8%	1560	5.2%
6	Transtornos de ansiedad	1553	5.3%	1558	5.2%
7	Micosis superficiales	988	3.4%	1320	4.4%
8	Hipertensión esencial	1632	5.6%	1175	3.9%
9	Lumbago y otras dorsalgias	1075	3.7%	1016	3.4%
10	Migraña y otros sindormes de cefalea	1131	3.9%	983	3.3%
	Otras Morbidades	13883	47.7%	14667	49.0%
	Total	29098	100%	29961	100%

Fuente: HCLLH - UEIT - Registros HIS

Elaboración: HCLLH - UESA - AIS

3.16. HCLLH: Primeras causas de morbilidad en consulta externa. Departamento de Medicina, 2016-2017.



Fuente: HCLLH - UEIT - Registros HIS

Elaboración: HCLLH - UESA - AIS

Emergencia:

Durante el año 2017 las primeras causas de morbilidad atendida fueron enfermedades infecciosas intestinales (9%), infecciones de vías respiratorias agudas (8%), diabetes mellitus (7%), infección de vías urinarias (7%), diabetes mellitus (7%),

infección de las vías urinarias (7%), enfermedades del apéndice y de los intestinos (6%).

Tabla 3.20 y gráfico 3.17.

3.20. HCLLH: Primeras Causas de Morbilidad en Emergencia. Dpto. Medicina, 2016-2017.

N°	Morbilidad - Agrupación OPS 12/110	2016		2017	
		N°	%	N°	%
1	Enfermedades Infecciosas Intestinales	1696	15%	884	9%
2	Infecciones de vías respiratorias agudas	998	9%	745	8%
3	Diabetes mellitus	732	6%	675	7%
4	Infección de vías urinarias	764	7%	635	7%
5	Enfermedades del apéndice y de los intestinos	602	5%	600	6%
6	Asma	713	6%	599	6%
7	Colelitiasis y colecistitis	564	5%	411	4%
8	Otras enfermedades del sistema cardiovascular	484	4%	368	4%
9	Lumbago y otras dorsalgias	398	3%	319	3%
10	Trastornos de ansiedad	261	2%	287	3%
11	Infecciones de la piel y del tejido subcutáneo	251	2%	266	3%
12	Otras enfermedades del sistema respiratorio	249	2%	262	3%
13	Otras enfermedades del sistema digestivo	205	2%	248	3%
14	Hipertensión esencial	343	3%	246	3%
15	Litiasis urinaria	306	3%	238	3%
	Otras Morbidades	3022	26%	2688	28%
Total		11588	100%	9471	100%

Fuente: HCLLH - UEIT - Registros Emergencia

Elaboración: HCLLH - UESA - AIS

3.17. HCLLH: Primeras causas de morbilidad en emergencia, Departamento de Medicina, 2016-2017.



Fuente: HCLLH - UEIT - Registros Emergencia

Elaborado: HCLLH - UESA - AIS

Hospitalización:

Las primeras causas de morbilidad entre los egresos hospitalarios son otras enfermedades del sistema cardiovascular (9,9%), diabetes mellitus (9,1%), otras enfermedades del sistema respiratorio (8,7%), neumonías e influenza (6,5%), y otras enfermedades del sistema digestivo (6,3%).

(8,7%), neumonías e influenza (6,5%), y otras enfermedades del sistema digestivo (6,3%).

Tabla 3.21 y gráfico 3.18.

3.21. HCLLH: Primeras Causas de Morbilidad Hospitalaria. Dpto. Medicina, 2016-2017.

N°	Morbilidad - Agrupación OPS 12/110	2016		2017	
		N°	%	N°	%
1	Otras enfermedades del sistema cardiovascular	148	9.8%	219	9.9%
2	Diabetes mellitus	194	12.9%	202	9.1%
3	Otras enfermedades del sistema respiratorio	89	5.9%	194	8.7%
4	Neumonías e influenza	49	3.2%	145	6.5%
5	Otras enfermedades del sistema digestivo	87	5.8%	141	6.3%
6	Infección de vías urinarias	109	7.2%	125	5.6%
7	Hipertensión esencial	66	4.4%	112	5.0%
8	Infecciones de la piel y del tejido subcutáneo	66	4.4%	92	4.1%
9	Anemias excepto anemias nutricionales	68	4.5%	84	3.8%
10	Colelitiasis y colecistitis	77	5.1%	83	3.7%
11	Otras enfermedades Infecciosas y parasitarias y sus sei	44	2.9%	73	3.3%
12	Enfermedad cerebrovascular	58	3.8%	70	3.2%
13	Otras enfermedades del sistema urinario	50	3.3%	56	2.5%
14	Otras enfermedades del sistema nervioso	26	1.7%	51	2.3%
15	Otras enfermedades de las glándulas endocrinas y del	26	1.7%	42	1.9%
	Otras Morbilidades	352	23.3%	533	24.0%
	Total	1509	100%	2222	100%

Fuente: HCLLH - UEIT - Sistema de Egresos

Elaboración: HCLLH - UESA - AIS

3.18. HCLLH: Primeras causas de morbilidad en hospitalización, Departamento de Medicina, 2016-2017.



Fuente: HCLLH - UEIT - Registros Egresos

Elaborado: HCLLH - UESA - AIS



3.1.4.3. Morbilidad en el Departamento de Cirugía

Consulta Externa:

Durante el año 2017 las primeras causas de morbilidad atendida por el Dpto. de Cirugía fueron otras enfermedades del ojo y sus anexos (11,7%), cataratas (8,4%), trastornos de la acomodación y de la

refracción (7,4%), fracturas (6,2%), colelitiasis y colecistitis (6,2%), entre otros.

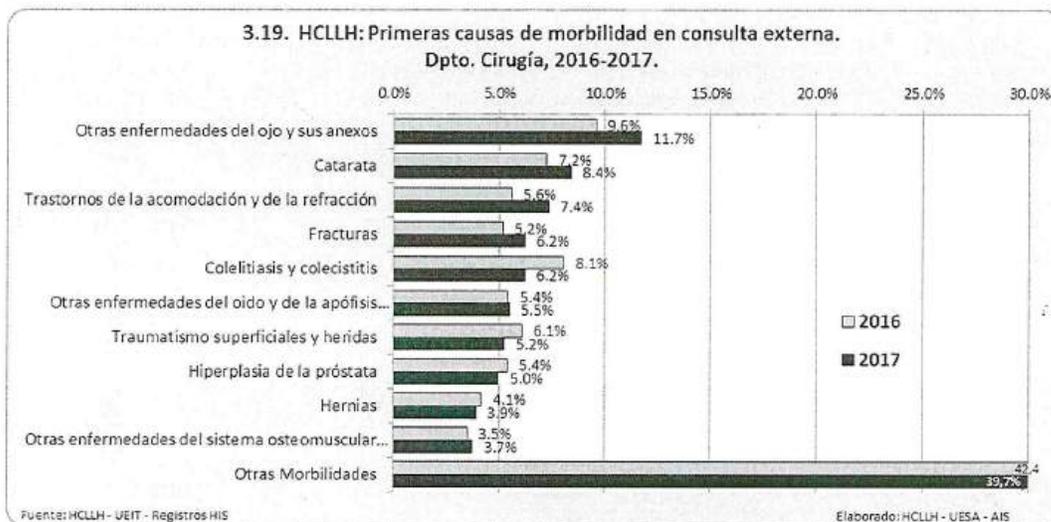
Tabla 3.22 y gráfico 3.19.

3.22. HCLLH: Primeras Causas de Morbilidad en Consulta Externa. Dpto. Cirugía, 2016-2017.

N°	Morbilidad - Agrupación OPS 12/110	2016		2017	
		N°	%	N°	%
1	Otras enfermedades del ojo y sus anexos	1814	9.6%	2646	11.7%
2	Catarata	1371	7.2%	1893	8.4%
3	Trastornos de la acomodación y de la refracción	1055	5.6%	1659	7.4%
4	Fracturas	979	5.2%	1402	6.2%
5	Colelitiasis y colecistitis	1526	8.1%	1400	6.2%
6	Otras enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	1026	5.4%	1238	5.5%
7	Traumatismo superficiales y heridas	1152	6.1%	1181	5.2%
8	Hiperplasia de la próstata	1019	5.4%	1118	5.0%
9	Hernias	782	4.1%	877	3.9%
10	Otras enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjun	661	3.5%	840	3.7%
	Otras Morbilidades	7558	39.9%	8301	36.8%
	Total	18943	100%	22555	100%

Fuente: HCLLH - UEIT - Registros HIS

Elaboración: HCLLH - UESA - AIS



Emergencia:

Durante el año 2017, las primeras 03 causas agrupan 83% de la morbilidad atendida, como son los traumatismos superficiales y heridas (71%), fracturas

(7%) y traumatismos internos, amputaciones traumáticas (5%).

Tabla 3.23 y gráfico 3.20.

3.23. HCLLH: Primeras Causas de Morbilidad en Emergencia. Dpto. Cirugía, 2016-2017.

Nº	Morbilidad - Agrupación OPS 12/110	2016		2017	
		Nº	%	Nº	%
1	Traumatismo superficiales y heridas	9426	74%	9709	71%
2	Fracturas	640	5%	1015	7%
3	Traumatismos internos, amputaciones traumáticas y a	753	6%	651	5%
4	Otras lesiones y secuelas de causas externa	352	3%	453	3%
5	Quemaduras y corrosiones	274	2%	293	2%
6	Luxaciones, esguinces y toceduras	239	2%	223	2%
7	Enfermedades del apéndice y de los intestinos	100	1%	125	1%
8	Hernias	66	1%	89	1%
9	Otras enfermedades del sistema respiratorio	34	0%	88	1%
10	Enfermedades Infecciosas Intestinales	63	0%	82	1%
11	Otras enfermedades del sistema cardiovascular	57	0%	72	1%
12	Infecciones de vías respiratorias agudas	19	0%	69	1%
13	Epilepsia	45	0%	62	0%
14	Colelitiasis y colecistitis	80	1%	60	0%
15	Otras enfermedades del sistema osteomuscular y del t	54	0%	57	0%
	Otras Morbilidades	524	4%	716	5%
	Total	12726	100%	13764	100%

Fuente: HCLLH - UEIT - Registros Emergencia
Elaboración: HCLLH - UESA - AIS



Fuente: HCLLH - UEIT - Registros Emergencia

Elaborado: HCLLH - UESA - AIS

Hospitalización:

Las 08 primeras causas de morbilidad de los egresos hospitalarios agrupan el 80% de las causas, entre ellas tenemos a las enfermedades del apéndice y de los intestinos (22,3%), colelitiasis y colecistitis

(11%), fracturas (10,1%), hernias (9,1%).

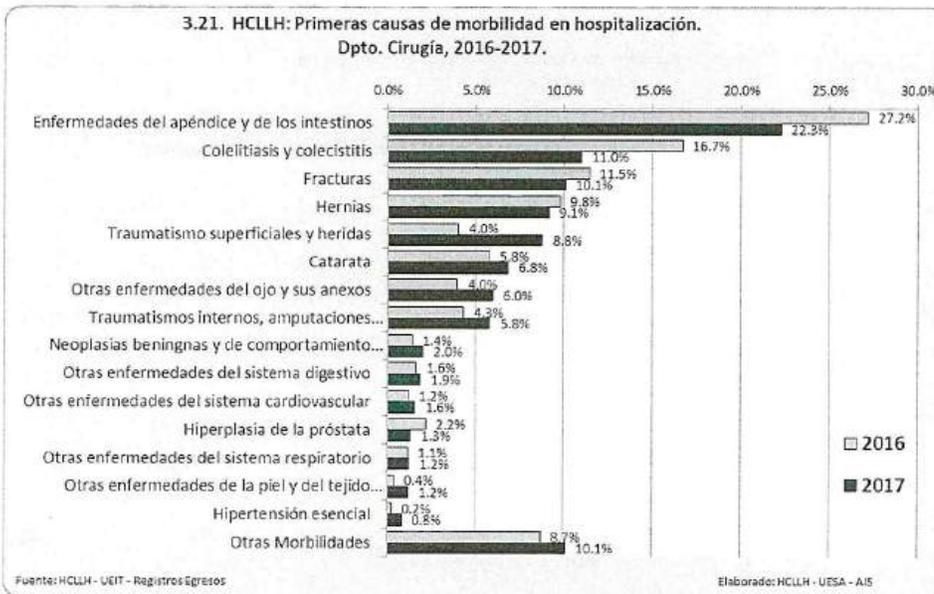
Tabla 3.24 y gráfico 3.21.

3.24. HCLLH: Primeras Causas de Morbilidad Hospitalaria. Dpto. Cirugía, 2016-2017.

N°	Morbilidad - Agrupación OPS 12/110	2016		2017	
		N°	%	N°	%
1	Enfermedades del apéndice y de los intestinos	640	27.2%	587	22.3%
2	Colelitiasis y colecistitis	394	16.7%	290	11.0%
3	Fracturas	270	11.5%	266	10.1%
4	Hernias	230	9.8%	241	9.1%
5	Traumatismo superficiales y heridas	94	4.0%	231	8.8%
6	Catarata	136	5.8%	180	6.8%
7	Otras enfermedades del ojo y sus anexos	93	4.0%	157	6.0%
8	Traumatismos internos, amputaciones traumáticas y a	101	4.3%	153	5.8%
9	Neoplasias benignas y de comportamiento incierto o	33	1.4%	53	2.0%
10	Otras enfermedades del sistema digestivo	38	1.6%	49	1.9%
11	Otras enfermedades del sistema cardiovascular	28	1.2%	41	1.6%
12	Hiperplasia de la próstata	51	2.2%	35	1.3%
13	Otras enfermedades del sistema respiratorio	27	1.1%	32	1.2%
14	Otras enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	9	0.4%	31	1.2%
15	Hipertensión esencial	5	0.2%	21	0.8%
	Otras Morbilidades	205	8.7%	267	10.1%
	Total	2354	100%	2634	100%

Fuente: HCLLH - UEIT - Sistema de Egresos
Elaboración: HCLLH - UESA - AIS

3.21. HCLLH: Primeras causas de morbilidad en hospitalización. Dpto. Cirugía, 2016-2017.



Fuente: HCLLH - UEIT - Registros Egresos

Elaboración: HCLLH - UESA - AIS



3.1.4.4. Morbilidad en el Departamento de Gineco-Obstetricia

Consulta Externa:

En consulta externa de Gineco-Obstetricia durante el año 2017 la distribución de las 03 primeras causas de morbilidad atendida se mantienen respecto al año anterior; la atención materna relacionada con el feto y la cavidad amniótica (26,3%), otras

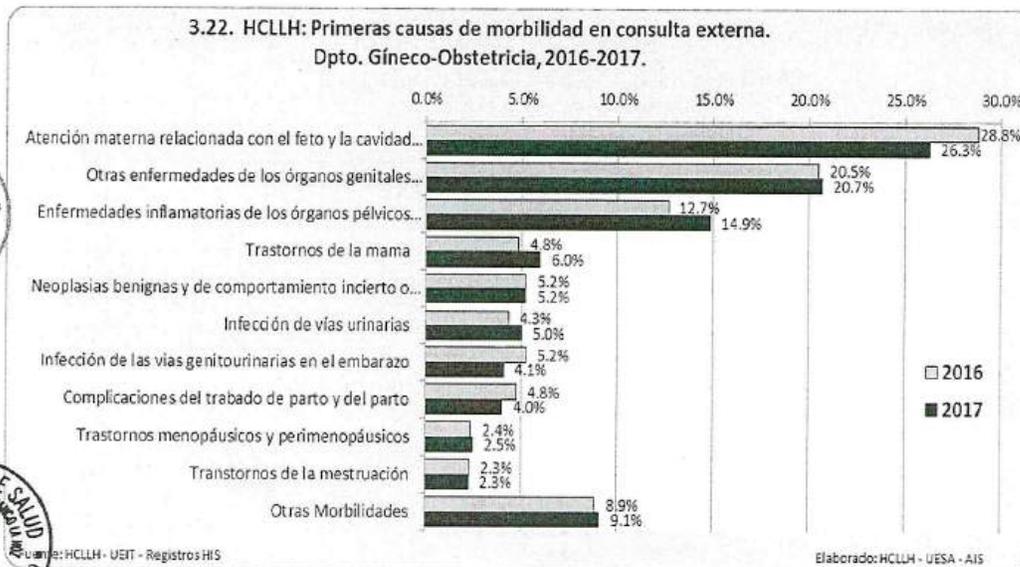
enfermedades de los órganos genitales femeninos (20,7%), enfermedades inflamatorias de los órganos pélvicos femeninos (14,9%).

Tabla 3.25 y gráfico 3.22.

3.25. HCLLH: Primeras Causas de Morbilidad en Consulta Externa. Dpto. Gineco-Obstetricia, 2016-2017.

N°	Morbilidad - Agrupación OPS 12/110	2016		2017	
		N°	%	N°	%
1	Atención materna relacionada con el feto y la cavidad amniótica	2239	28.8%	2990	26.3%
2	Otras enfermedades de los órganos genitales femeninos	1594	20.5%	2355	20.7%
3	Enfermedades inflamatorias de los órganos pélvicos femeninos	987	12.7%	1691	14.9%
4	Trastornos de la mama	376	4.8%	678	6.0%
5	Neoplasias benignas y de comportamiento incierto o desconocido	407	5.2%	595	5.2%
6	Infección de vías urinarias	336	4.3%	571	5.0%
7	Infección de las vías genitourinarias en el embarazo	408	5.2%	463	4.1%
8	Complicaciones del trabado de parto y del parto	371	4.8%	456	4.0%
9	Trastornos menopáusicos y perimenopáusicos	185	2.4%	283	2.5%
10	Transtornos de la menstruación	180	2.3%	258	2.3%
	Otras Morbilidades	692	8.9%	1040	9.1%
	Total	7775	100%	11380	100%

Fuente: HCLLH - UEIT - Registros HIS
Elaboración: HCLLH - UESA - AIS



Emergencia:

Durante el año 2017, 35% de la morbilidad atendida corresponden a los embarazos terminados en abortos; otras afecciones obstétricas no clasificadas en otra parte (9,2%); infecciones de las vías genitourinarias en el embarazo (10%);

atención materna relacionada con el feto y la cavidad amniótica (9%); y otras enfermedades de los órganos genitales femeninos (7%).

Tabla 3.26 y gráfico 3.23.

3.26. HCLLH: Primeras Causas de Morbilidad en Emergencia. Dpto. Gineco-Obstetricia, 2016-2017.

N°	Morbilidad - Agrupación OPS 12/110	2016		2017	
		N°	%	N°	%
1	Embarazo terminado en aborto	998	39%	1020	35%
2	Otras afecciones obstétricas no clasificadas en otra parte	245	10%	378	13%
3	Infección de las vías genitourinarias en el embarazo	233	9%	299	10%
4	Atención materna relacionada con el feto y la cavidad amniótica	197	8%	274	9%
5	Otras enfermedades de los órganos genitales femeninos	169	7%	213	7%
6	Hemorragia precoz del embarazo	158	6%	161	5%
7	Enfermedad hipertensiva en el embarazo, parto y puerperio	94	4%	115	4%
8	Complicaciones del trabajo de parto y del parto	71	3%	107	4%
9	Vómitos excesivos en el embarazo	70	3%	73	2%
10	Infección de vías urinarias	61	2%	59	2%
11	Complicaciones relacionados con el embarazo	47	2%	54	2%
12	Complicaciones relacionadas con el puerperio	30	1%	42	1%
13	Enfermedades inflamatorias de los órganos pélvicos femeninos	19	1%	28	1%
14	Neoplasias benignas y de comportamiento incierto o malignas	15	1%	22	1%
15	Traumatismo superficiales y heridas	11	0%	15	1%
	Otras Morbidades	110	4%	91	3%
	Total	2528	100%	2951	100%

Fuente: HCLLH - UEIT - Registros Emergencia

Elaboración: HCLLH - UESA - AIS

3.23. HCLLH: Primeras causas de morbilidad en emergencia. Dpto. Gineco-Obstetricia, 2016-2017.



Fuente: HCLLH - UEIT - Registros Emergencia

Elaborado: HCLLH - UESA - AIS

Hospitalización:

Las primeras causas de morbilidad de los egresos hospitalarios son otras afecciones obstétricas no clasificadas en otra parte (31,4%), embarazo terminado en aborto (17,3%), complicaciones del trabajo de parto y del parto (12,9%), atención

materna relacionada con el feto y la cavidad amniótica (8,6%) e infección de las vías genitourinarias en el embarazo (7%).

Tabla 3.27 y gráfico 3.24.

3.27. HCLLH: Primeras Causas de Morbilidad Hospitalaria. Dpto. Gineco-Obstetricia, 2016-2017.

N°	Morbilidad - Agrupación OPS 12/110	2016		2017	
		N°	%	N°	%
1	Otras afecciones obstétricas no clasificadas en otra par	1362	26.2%	1676	31.4%
2	Embarazo terminado en aborto	992	19.1%	925	17.3%
3	Complicaciones del trabajo de parto y del parto	1044	20.1%	691	12.9%
4	Atención materna relacionada con el feto y la cavidad	522	10.0%	459	8.6%
5	Infección de las vías genitourinarias en el embarazo	318	6.1%	374	7.0%
6	Complicaciones relacionados con el embarazo	21	0.4%	347	6.5%
7	Otras enfermedades de los órganos genitales femeninc	173	3.3%	179	3.4%
8	Complicaciones relacionadas con el puerperio	88	1.7%	179	3.4%
9	Enfermedad hipertensiva en el embarazo, parto y puer	109	2.1%	110	2.1%
10	Neoplasias benignas y de comportamiento incierto o	57	1.1%	75	1.4%
11	Vómitos excesivos en el embarazo	47	0.9%	49	0.9%
12	Enfermedades inflamatorias de los órganos pélvicos fe	17	0.3%	34	0.6%
13	Anemias excepto anemias nutricionales	194	3.7%	30	0.6%
14	Hemorragia precoz del embarazo	21	0.4%	30	0.6%
15	Otras enfermedades del sistema urinario	48	0.9%	22	0.4%
	Otras Morbidades	183	3.5%	159	3.0%
	Total	5196	100%	5339	100%

Fuente: HCLLH - UEIT - Sistema de Egresos

Elaboración: HCLLH - UESA - AIS



3.24. HCLLH: Primeras causas de morbilidad en hospitalización. Dpto. Gineco-Obstetricia, 2016-2017.



Fuente: HCLLH - UEIT - Registros Egresos

Elaborado: HCLLH - UESA - AIS

3.1.4.5. Morbilidad en el Departamento de Odontología

Consulta Externa:

Las primeras causas de morbilidad en consulta externa durante el año 2017 son las enfermedades de la pulpa/tejidos periapicales (47,3%), caries dental (22,4%), gingivitis y enfermedades

periodontales (14,2%), las que abarcan el 84% de la morbilidad atendida en el servicio de Odontología.

Tabla 3.28 y gráfico 3.25.

3.28. HCLLH: Primeras Causas de Morbilidad en Consulta Externa. Dpto. Odontología, 2016-2017.

N°	Morbilidad - Agrupación OPS 12/110	2016		2017	
		N°	%	N°	%
1	Enfermedades de la pulpa y de los tejidos periapicales	2366	46.0%	1994	47.3%
2	Caries dental	1568	30.5%	942	22.4%
3	Gingivitis y enfermedades periodontales	515	10.0%	598	14.2%
4	Otras enfermedades de los dientes y de sus estructuras de sostén	495	9.6%	463	11.0%
5	Enfermedades de la cavidad bucal, de las glándulas salivales y de la	73	1.4%	77	1.8%
6	Fracturas	51	1.0%	35	0.8%
7	Luxaciones, esguinces y toceduras	33	0.6%	33	0.8%
8	Anomalías congénitas	21	0.4%	18	0.4%
9	Traumatismo superficiales y heridas	4	0.1%	10	0.2%
10	Neoplasias benignas y de comportamiento incierto o desconocid	4	0.1%	7	0.2%
	Otras Morbilidades	14	0.3%	36	0.9%
	Total	5144	100%	4213	100%

Fuente: HCLLH - UEIT - Registros HIS

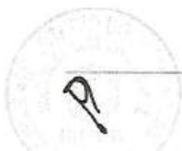
Elaboración: HCLLH - UESA - AIS

3.25. HCLLH: Primeras causas de morbilidad en consulta externa. Dpto. Odontología, 2016-2017.



Fuente: HCLLH - UEIT - Registros HIS

Elaborado: HCLLH - UESA - AIS



Emergencia:

En el servicio de Odontostomatología las tres primeras causas abarcan el 80% de la morbilidad atendida en emergencia durante el año 2017 son las enfermedades de la cavidad bucal, de las glándulas

salivales y de los maxilares (53%) enfermedades de la pulpa/tejidos periapicales (19,7%), fracturas (7,5%).

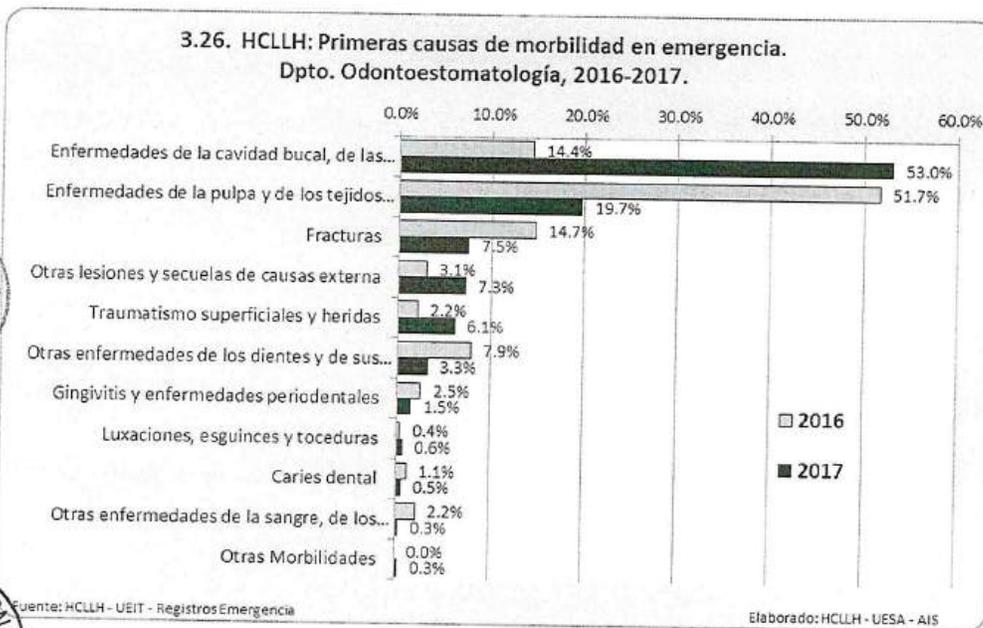
Tabla 3.29 y gráfico 3.26.

3.29. HCLLH: Primeras Causas de Morbilidad en emergencia, Dpto. Odontostomatología, 2016-2017.

N°	Morbilidad - Agrupación OPS 12/110	2016		2017	
		N°	%	N°	%
1	Enfermedades de la cavidad bucal, de las glándulas sali	80	14.4%	423	53.0%
2	Enfermedades de la pulpa y de los tejidos periapicales	288	51.7%	157	19.7%
3	Fracturas	82	14.7%	60	7.5%
4	Otras lesiones y secuelas de causas externa	17	3.1%	58	7.3%
5	Traumatismo superficiales y heridas	12	2.2%	49	6.1%
6	Otras enfermedades de los dientes y de sus estructura	44	7.9%	26	3.3%
7	Gingivitis y enfermedades periodontales	14	2.5%	12	1.5%
8	Luxaciones, esguinces y toceduras	2	0.4%	5	0.6%
9	Caries dental	6	1.1%	4	0.5%
10	Otras enfermedades de la sangre, de los órganos hema	12	2.2%	2	0.3%
	Otras Morbidades	0	0.0%	2	0.3%
Total		557	100%	798	100%

Fuente: HCLLH - UEIT - Registros Emergencia

Elaboración: HCLLH - UESA - AIS



Hospitalización:

Entre los egresos hospitalarios en odontología se atendieron principalmente enfermedades de la pulpa/tejidos

periapicales (64,4%) y la caries dental (28,9%).

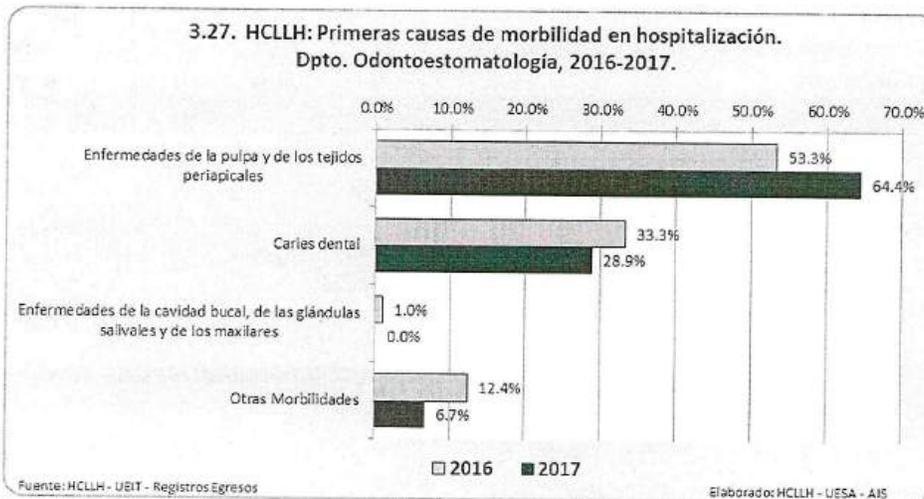
Tabla 3.30 y gráfico 3.27.

3.30. HCLLH: Primeras Causas de Morbilidad Hospitalaria. Dpto. Odontoestomatología, 2016-2017.

N°	Morbilidad - Agrupación OPS 12/110	2016		2017	
		N°	%	N°	%
1	Enfermedades de la pulpa y de los tejidos periapicales	56	53.3%	29	64.4%
2	Caries dental	35	33.3%	13	28.9%
3	Enfermedades de la cavidad bucal, de las glándulas salivales y de los maxilares	1	1.0%	0	0.0%
	Otras Morbilibidades	13	12.4%	3	6.7%
	Total	105	100%	45	100%

Fuente: HCLLH - UEIT - Sistema de Egresos

Elaboración: HCLLH - UESA - AIS



3.1.4.6. Morbilidad en el Departamento de Apoyo al Tratamiento

Consulta Externa:

Las principales causas de morbilidad fueron otras enfermedades mentales y del comportamiento con 26,9%; desnutrición y deficiencias nutricionales con 17,5%; obesidad y otros tipos de hiperalimentación con 15,8%; trastornos de ansiedad con 7,7%; complicaciones relacionados con el embarazo con 5,6%; depresión con 4,4%; trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen en l

hiperalimentación con 15,8%; trastornos de ansiedad con 7,7%; complicaciones relacionados con el embarazo con 5,6%.

Tabla 3.31 y gráfico 3.28.

3.31. HCLLH: Primeras Causas de Morbilidad en Consulta Externa. Dpto. Apoyo al Tratamiento, 2016-2017.

Nº	Morbilidad - Agrupación OPS 12/110	2016		2017	
		Nº	%	Nº	%
1	Otras enfermedades mentales y del comportamiento	1571	22.3%	1640	26.9%
2	Desnutrición y deficiencias nutricionales	974	13.8%	1066	17.5%
3	Obesidad y otros tipos de hiperalimentación	993	14.1%	962	15.8%
4	Trastornos de ansiedad	479	6.8%	467	7.7%
	Complicaciones relacionados con el embarazo	540	7.7%	342	5.6%
	Depresión	313	4.4%	340	5.6%
	Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen en l	578	8.2%	294	4.8%
8	Síndromes del maltrato	619	8.8%	262	4.3%
9	Diabetes mellitus	1	0.0%	177	2.9%
10	Otras enfermedades de los órganos genitales femeninos	233	3.3%	91	1.5%
	Otras Morbilidades	751	10.6%	462	7.6%
Total		7052	100%	6103	100%

Fuente: HCLLH - UEIT - Registros HIS
Elaboración: HCLLH - UESA - AIS

3.28. HCLLH: Primeras causas de morbilidad en consulta externa. Dpto. Apoyo al tratamiento, 2016-2017.



Fuente: HCLLH - UEIT - Registros HIS

Elaborado: HCLLH - UESA - AIS

Emergencia:

Entre las principales causas tenemos otras enfermedades mentales y del comportamiento (32,9%), los trastornos de ansiedad (32,1%); depresión (18,6%),

entre ellas acumulan el 83,6% de la morbilidad atendida en emergencia.

Tabla 3.32 y gráfico 3.29.

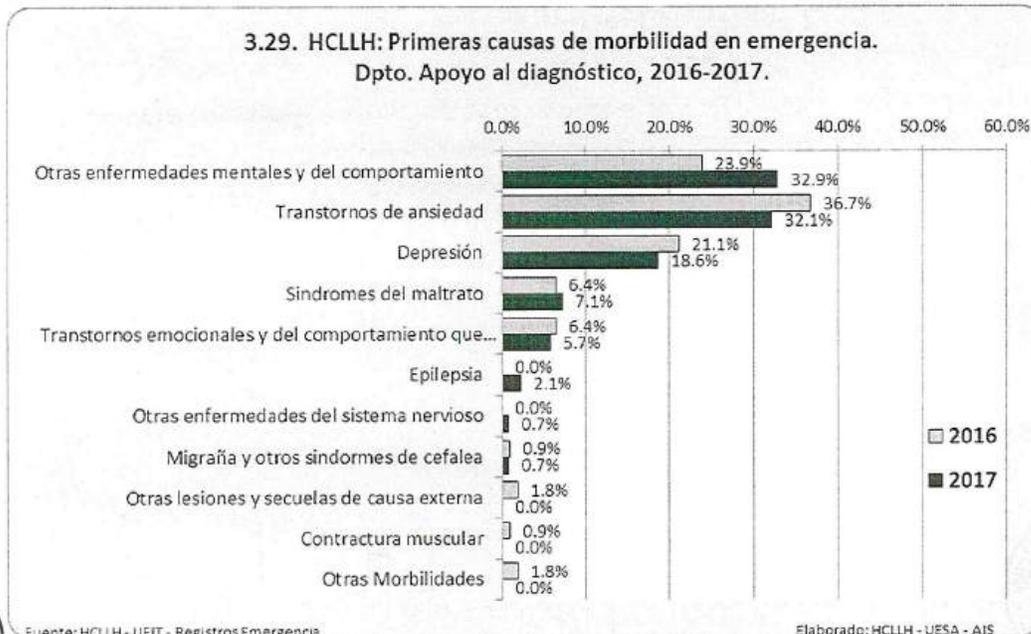
3.32. HCLLH: Primeras Causas de Morbilidad en emergencia, Departamento de Apoyo al Diagnóstico, 2016-2017.

N°	Morbilidad - Agrupación OPS 12/110	2016		2017	
		N°	%	N°	%
1	Otras enfermedades mentales y del comportamiento	26	23.9%	46	32.9%
2	Transtornos de ansiedad	40	36.7%	45	32.1%
3	Depresión	23	21.1%	26	18.6%
4	Síndromes del maltrato	7	6.4%	10	7.1%
5	Transtornos emocionales y del comportamiento que a	7	6.4%	8	5.7%
6	Epilepsia	0	0.0%	3	2.1%
7	Otras enfermedades del sistema nervioso	0	0.0%	1	0.7%
8	Migraña y otros síndromes de cefalea	1	0.9%	1	0.7%
9	Otras lesiones y secuelas de causa externa	2	1.8%	0	0.0%
10	Contractura muscular	1	0.9%	0	0.0%
	Otras Morbilidades	2	1.8%	0	0.0%
Total		109	100%	140	100%

Fuente: HCLLH - UEIT - Registros Emergencia

Elaboración: HCLLH - UESA - AIS

3.29. HCLLH: Primeras causas de morbilidad en emergencia. Dpto. Apoyo al diagnóstico, 2016-2017.



Fuente: HCLLH - UEIT - Registros Emergencia

Elaborado: HCLLH - UESA - AIS

3.1.4.7. Morbilidad en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)

En la Unidad de Cuidados Intensivos de adultos, el 11% de la morbilidad corresponde a enfermedad hipertensiva en el embarazo, parto y puerperio; 9,2% a otras enfermedades infecciosas y parasitarias; 9,2% a otras enfermedades infecciosas y parasitarias; 9,2% a otras enfermedades

del sistema respiratorio; 7,5% a otras enfermedades del sistema cardiovascular; y el 5,8% a neumonías e influenza.

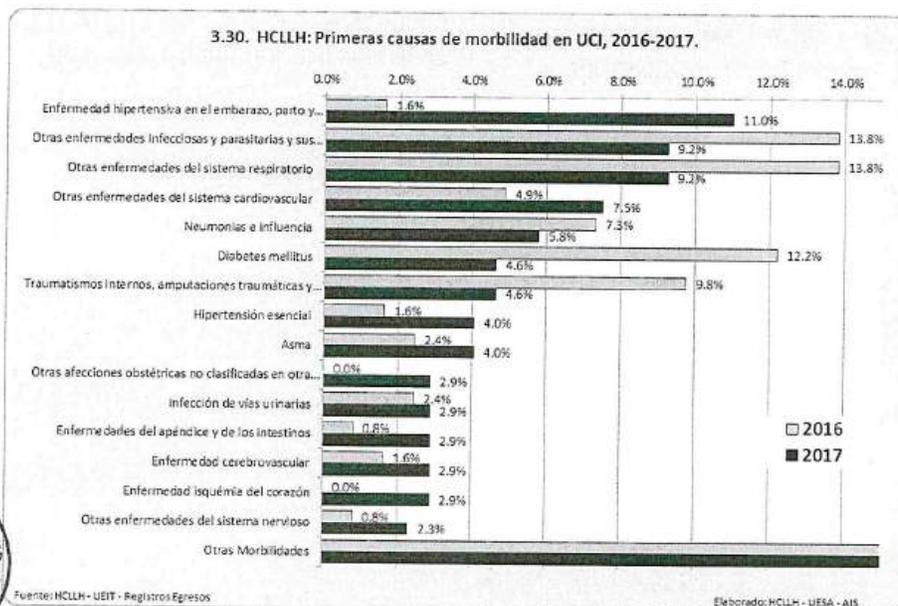
Tabla 3.33 y gráfico 3.30.

3.33. HCLLH: Primeras Causas de Morbilidad en UCI, 2016-2017.

N°	Morbilidad - Agrupación OPS 12/110	2016		2017	
		N°	%	N°	%
1	Enfermedad hipertensiva en el embarazo, parto y puer	2	1.6%	19	11.0%
2	Otras enfermedades Infecciosas y parasitarias y sus sei	17	13.8%	16	9.2%
3	Otras enfermedades del sistema respiratorio	17	13.8%	16	9.2%
4	Otras enfermedades del sistema cardiovascular	6	4.9%	13	7.5%
5	Neumonias e influenza	9	7.3%	10	5.8%
6	Diabetes mellitus	15	12.2%	8	4.6%
7	Traumatismos internos, amputaciones traumáticas y a	12	9.8%	8	4.6%
8	Hipertensión esencial	2	1.6%	7	4.0%
9	Asma	3	2.4%	7	4.0%
10	Otras afecciones obstétricas no clasificadas en otra par	0	0.0%	5	2.9%
11	Infección de vías urinarias	3	2.4%	5	2.9%
12	Enfermedades del apéndice y de los intestinos	1	0.8%	5	2.9%
13	Enfermedad cerebrovascular	2	1.6%	5	2.9%
14	Enfermedad isquémia del corazón	0	0.0%	5	2.9%
15	Otras enfermedades del sistema nervioso	1	0.8%	4	2.3%
	Otras Morbilidades	33	26.8%	40	23.1%
	Total	123	100%	173	100%

Fuente: HCLLH - UEIT - Sistema de Egresos

Elaboración: HCLLH - UESA - AIS



Fuente: HCLLH - UEIT - Registros Egresos

Elaborado: HCLLH - UESA - AIS

3.1.5. ENFERMEDADES Y EVENTOS SUJETOS A VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN SALUD PÚBLICA

La información contenida en esta sección se refiere a la situación o tendencias de las enfermedades o eventos sujetos a notificación obligatoria de acuerdo a la Directiva Sanitaria N° 046-MINSA/DGE-V.01 "Directiva Sanitaria de Notificación de Enfermedades y Eventos Sujetos a Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública" aprobada con RM 506-2012/MINSA y RM 948-2012/MINSA.

Esta información es suministrada semanalmente cuya fuente es el registro semanal de enfermedades y eventos sujetos a notificación inmediata o semanal. La Semana Epidemiológica (SE) inicia el día domingo de cada semana y concluye el día sábado siguiente. El año está compuesto por 52 semanas epidemiológicas; los casos se clasifican de acuerdo a fecha de inicio de síntomas, fecha de notificación y tipo de caso. Los datos y análisis son provisionales y pueden estar sujetos a modificación.

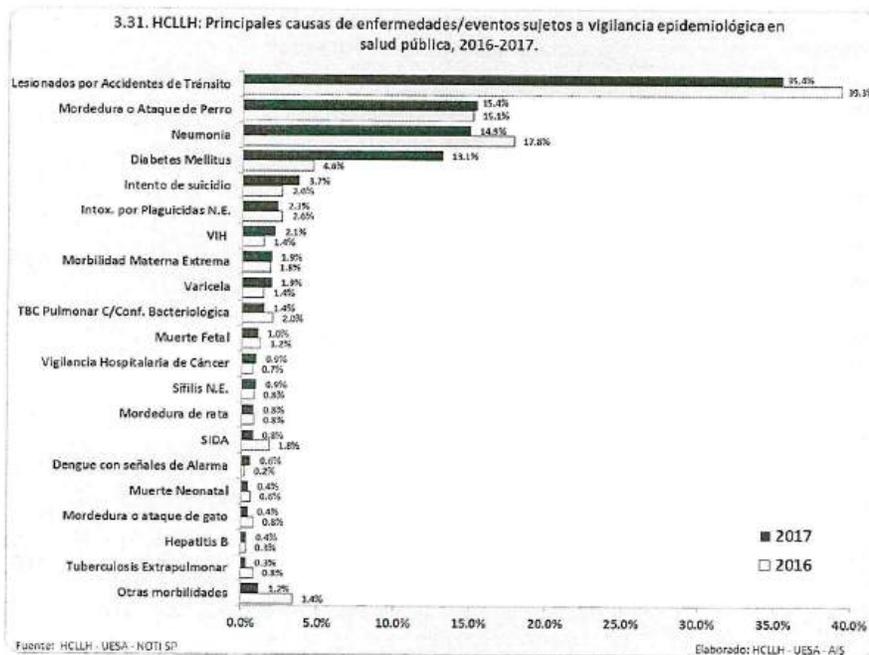
A partir del año 2015 se ha incluido en la vigilancia de Diabetes y se ha limitado la vigilancia de casos de intoxicación alimentaria, parotiditis y conjuntivitis a

brotos. En el año 2016 se incrementa la vigilancia centinela de microcefalia, intento suicida y morbilidad materna extrema.

En el Hospital Carlos Lanfranco la Hoz en el periodo 2014-2017 ha notificado 16 326 casos con un promedio de 4082 casos anuales de enfermedades/eventos sujetos a vigilancia epidemiológica en salud pública; en los primeros lugares se encuentran los lesionados por accidentes de tránsito, mordedura o ataque de perro, neumonías y diabetes mellitus. Tabla 3.34.

Durante el año 2017 (hasta la SE N° 52) se han notificado 4488 casos. Entre las principales enfermedades y eventos notificados se encuentran: lesionados por accidentes de tránsito (36,2%), mordedura o ataque de perro (15,7%), neumonías (15,2%) y Diabetes Mellitus (13,4%) quienes contribuyen con el 80,6% de los casos notificados. Gráfico 3.31.

El 99% de los casos tiene confirmación clínica, epidemiológica y/o de laboratorio, mientras que el 1% han sido descartados en la clasificación final. Tabla 3.35.



3.34. HCLLH: Enfermedades y eventos sujetos a vigilancia epidemiológica en salud pública, 2014-2017.

Enfermedad / Daño	2014		2015		2016		2017	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Lesionados por Accidentes de Tránsito	1646	52.8	1789	41.6	1621	39.2	1590	35.4
Mordedura o Ataque de Perro	542	17.4	621	14.4	624	15.1	690	15.4
Neumonía	365	11.7	476	11.1	734	17.7	669	14.9
Diabetes Mellitus	*	0	720	16.8	188	4.5	589	13.1
Intento de suicidio	**	0	**	0	107	2.6	165	3.7
Intox. por Plaguicidas N.E.	48	1.5	75	1.7	107	2.6	104	2.3
VH	57	1.8	70	1.6	58	1.4	95	2.1
Varicela	45	1.4	54	1.3	75	1.8	86	1.9
Morbilidad Materna Extrema	**	0	**	0	57	1.4	86	1.9
TBC Pulmonar C/Conf. Bacteriológica	109	3.5	69	1.6	82	2.0	64	1.4
Muerte Fetal	40	1.3	46	1.1	49	1.2	47	1.0
Sífilis N.E.	33	1.1	70	1.6	35	0.8	42	0.9
Vigilancia Hospitalaria de Cáncer	18	0.6	18	0.4	28	0.7	42	0.9
Mordedura de rata	12	0.4	18	0.4	34	0.8	35	0.8
SIDA	14	0.4	39	0.9	75	1.8	34	0.8
Dengue con señales de Alarma	1	0.03	24	0.6	7	0.2	27	0.6
Mordedura o ataque de gato	8	0.3	19	0.4	32	0.8	20	0.4
Muerte Neonatal	18	0.6	31	0.7	24	0.6	20	0.4
Hepatitis B	1	0.03	1	0.0	14	0.3	16	0.4
Tuberculosis Extrapulmonar	26	0.8	21	0.5	35	0.8	15	0.3
TBC Pulmonar S/Conf. Bacteriológica	31	1.0	31	0.7	37	0.9	9	0.2
Sífilis Materna	***	0	***	0	6	0.1	8	0.2
Dengue sin señales de Alarma	13	0.4	47	1.1	37	0.9	5	0.1
Leptospirosis	3	0.1	2	0.05	2	0.05	5	0.1
Brucelosis	2	0.1	3	0.1	3	0.1	4	0.1
Sífilis Congénita	11	0.4	7	0.2	3	0.1	4	0.1
Mordedura o Ataque de Mono	2	0.1	4	0.1	1	0.02	3	0.1
Influenza AH1N1	39	1.3	19	0.4	45	1.1	2	0
Loxocelismo	17	0.5	0	0	2	0.05	2	0
Leishmaniasis Cutánea	3	0.1	11	0.3	6	0.1	1	0
Malaria por P. Vivax	2	0.1	1	0.0	3	0.1	1	0
Tos Ferina	3	0.1	3	0.1	1	0.02	1	0
Microcefalia	**	0	**	0	1	0.02	1	0
Rubeola	3	0.1	3	0.1	0	0	1	0
Mordedura de Mucielago	0	0	0	0	0	0	1	0
Infección por virus Zika	***	0	***	0	0	0	1	0
Mortalidad Materna Directa	0	0	1	0.02	2	0.05	0	0
Mortalidad Materna Indirecta	0	0	1	0.02	2	0.05	0	0
Bartonelosis	1	0.03	0	0	0	0	0	0
Fiebre de Chikungunya	0	0	2	0.05	0	0	0	0
Enfermedad de Chagas	1	0.03	0	0	0	0	0	0
Leishmaniasis Mucocutánea	0	0	1	0.02	0	0	0	0
Tuberculosis Meningea	2	0.1	0	0	0	0	0	0
TBC Extensamente Resistente (TB XDI)	0	0	1	0.02	0	0	0	0
TBC Poliresistente	0	0	0	0	0	0	0	0
TBC Multidrogaresistente (TB MDR)	0	0	0	0	0	0	0	0
Mortalidad Materna Incidental	0	0	0	0	0	0	0	0
Sarampión	0	0	0	0	0	0	0	0
Parálisis Flácida Aguda	0	0	0	0	0	0	0	0
Tetanos	0	0	0	0	0	0	0	0
Otros	0	0	0	0	0	0	3	0.1
Total HCLLH	3116	100%	4298	100%	4137	100%	4488	100%

Fuente: HCLLH - UESA - NOTI SP

* Inicia vigilancia a partir del año 2015

** Inicia vigilancia a partir del año 2016

Elaborado: HCLLH - UESA - AIS

*** Nueva clasificación de acuerdo a la Directiva Sanitaria N° 046-MINSA/DGE-V.01.

3.35 HCLLH: Enfermedades/eventos sujetos a vigilancia epidemiológica en salud pública según tipo de diagnóstico, 2016-2017.

TIPO DE VIGILANCIA	ENFERMEDAD / DAÑO	2016			2017			%
		Confirmado	Descartado	Total	Confirmado	Descartado	Total	
Inmuno-prevenibles	Tos Ferina	0	1	1	0	1	1	0.02
	PFA (Parálisis Flácida Aguda)	0	0	0	0	0	0	0
	Fiebre Amarilla Selvática	0	0	0	0	0	0	0
	Varicela con complicaciones	0	0	0	0	0	0	0
	Varicela sin complicaciones	75	0	75	86	0	86	1.9
	Sarampión	0	0	0	0	0	0	0
	Rubeola	0	0	0	0	1	1	0.02
	Tétanos neonatal	0	0	0	0	0	0	0
ESAVI	0	0	0	0	0	0	0	
Transmisión Sexual	Sífilis Congenita	3	0	3	4	0	4	0.1
	Sífilis N.E.	35	0	35	42	0	42	0.9
	Sífilis Materna	6	0	6	8	0	8	0.2
	VIH	58	0	58	95	0	95	2.1
	SIDA	75	0	75	34	0	34	0.8
	Hepatitis B	14	0	14	16	0	16	0.4
Metaxenicas	Bartonelosis	0	0	0	0	0	0	0
	Dengue sin señales de Alarma	6	31	37	1	4	5	0.1
	Dengue con señales de Alarma	0	7	7	4	23	27	0.6
	Fiebre de Chikungunya	0	0	0	0	0	0	0
	Infección por virus Zika	0	0	0	1	0	1	0.02
	Enfermedad de Chagas	0	0	0	0	0	0	0
	Malaria pos Plasmodium Vivax	3	0	3	1	0	1	0.02
	Leishmaniasis Cutánea	6	0	6	1	0	1	0.0
	Leishmaniasis Mucocutánea	0	0	0	0	0	0	0
Zoonoticas	Brucelosis	3	0	3	4	0	4	0.1
	Leptospirosis	0	2	2	1	4	5	0.11
	Loxocelismo	2	0	2	2	0	2	0.04
	Mordedura de Rata	34	0	34	35	0	35	0.8
	Mordedura de Perro	624	0	624	690	0	690	15.4
	Mordedura de Gato	32	0	32	20	0	20	0.4
	Mordedura Murcielagos	0	0	0	1	0	1	0.02
Mordedura de Mono	1	0	1	3	0	3	0.07	
Tuberculosis	TBC Pulmonar Bk (+)	82	0	82	64	0	64	1.4
	TBC Pulmonar Bk (-)	37	0	37	9	0	9	0.2
	Tuberculosis Extrapulmonar	35	0	35	15	0	15	0.3
	Tuberculosis Meningea	0	0	0	0	0	0	0
	TBC Multidrogo Resistente (TB MDR)	0	0	0	0	0	0	0
	TBC Extensamente Resistente (TB XC)	0	0	0	0	0	0	0
	TBC Poliresistente	0	0	0	0	0	0	0
Otras Enfermedades Transmisibles	Lepra	0	0	0	1	0	1	0.02
	Rickettsias	0	0	0	2	0	2	0.04
	Neumonía	734	0	734	669	0	669	14.9
	Influenza	18	27	45	0	2	2	0.04
No Transmisibles	Lesionados por Accidentes de Tránsito	1621	0	1621	1590	0	1590	35.4
	Diabetes Mellitus	188	0	188	589	0	589	13.1
	Intento de suicidio	107	0	107	165	0	165	3.7
	Intoxicación por Plaguicidas N.E.	107	0	107	104	0	104	2.3
	Cáncer	28	0	28	42	0	42	0.9
	Morbilidad Materna Extrema	57	0	57	86	0	86	1.9
	Microcefalia	0	1	1	0	1	1	0.02
	Muerte Fetal	49	0	49	47	0	47	1.0
	Muerte Neonatal	24	0	24	20	0	20	0.4
	Mortalidad Materna	2	0	2	0	0	0	0
	Mortalidad Materna Indirecta	2	0	2	0	0	0	0
Mortalidad Materna Incidental	0	0	0	0	0	0	0	
Total general		4068	69	4137	4452	36	4488	100%

Fuente: HCLLH - UESA - NOTI SP

Elaborado: HCLLH - UESA - AIS

3.1.5.1. Vigilancia de las Enfermedades Diarreicas Agudas

Los episodios de enfermedades diarreicas agudas (EDAs) son de notificación semanal e incluye las EDAs en todos los grupos de edad, diferenciándose entre acuosas y disintéricas.

Durante el periodo 2014-2017, se notificaron un promedio anual de 2886 episodios de enfermedades diarreicas agudas, principalmente EDAs acuosas. Durante este periodo no se han reportado brotes, casos de Cólera, ni defunciones por enfermedades diarreicas.

Hasta la S.E. 52-2017, en el HCLLH se ha notificado 3901 EDAs, de ellos el 97% corresponden a EDAs Acuosa y el 3% a EDAs Disintéricas. Se evidencia un incremento progresivo respecto a los años anteriores. Tabla 3.36 y gráfico 3.32-3.34.

De acuerdo al lugar de procedencia, en el distrito de Puente Piedra se presenta la mayor cantidad de episodios con el 74%, seguido del distrito de Carabayllo con 11,2%, distrito Ancón con 4,6%, distrito de Ventanilla 3,6%. Tabla N° 3.37 y gráficos 3.35.

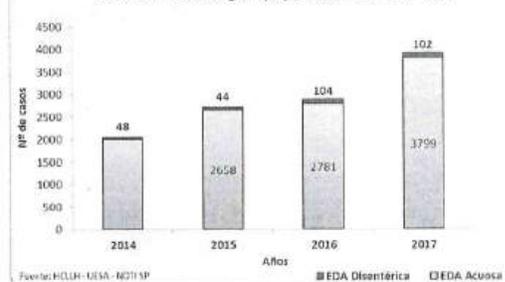
De acuerdo al grupo de edad, el mayor número de episodios de EDAs Acuosa se da en mayores de 4 años con 52%, similar en el caso de los episodios de EDAs Disintéricas con 38%. Tabla N° 3.38 y gráficos 3.36-3.37.

3.36. HCLLH: EDAs por tipo según años, 2014-2017

Tipo de EDA	Años			
	2014	2015	2016	2017
EDA Acuosa	2007	2658	2781	3799
EDA Disintérica	48	44	104	102
Total EDA	2055	2702	2885	3901

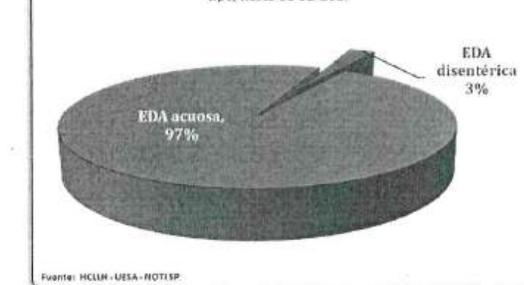
Fuente: HCLLH - UESA - NOTI SP

3.33. HCLLH: EDAs según tipo por años, hasta SE 52-2017



Fuente: HCLLH - UESA - NOTI SP

3.34. HCLLH: Distribución de Enfermedades diarreicas por tipo, hasta SE 52-2017



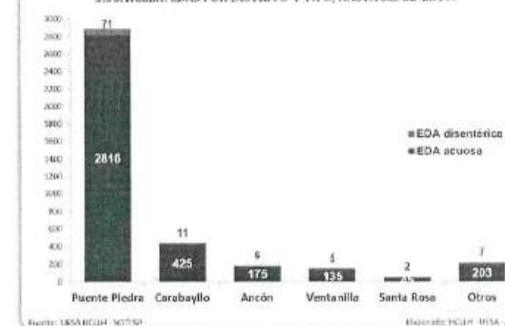
Fuente: HCLLH - UESA - NOTI SP

3.37. HCLLH: EDAs por tipo según distritos, hasta SE 52-2017

Distritos	EDA acuosa	EDA disintérica	Total	%
Puente Piedra	2816	71	2887	74.0%
Carabayllo	425	11	436	11.2%
Ancón	175	6	181	4.6%
Ventanilla	135	5	140	3.6%
Santa Rosa	45	2	47	1.2%
Otros	203	7	210	5.4%
Total EDA	3799	102	3901	100%

Fuente: HCLLH - UESA - NOTI SP

3.35. HCLLH: EDAs por distrito y tipo, hasta S.E. 52-2017.



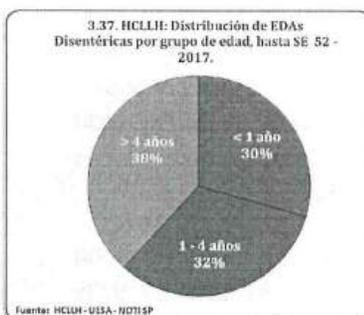
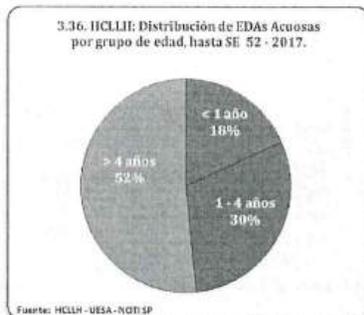
Fuente: UESA/HCLLH - NOTI SP



3.38. HCLLH: EDAS por tipo y según grupo de edad, 2016 - 2017

Grupo de edad	EDAs Acuosas			EDAs Disentéricas		
	Total casos	Hospitalizados	Defunciones	Total casos	Hospitalizados	Defunciones
< 1 año	692	11	0	30	2	0
1 - 4 años	1148	9	0	33	3	0
> 4 años	1959	4	0	39	1	0
Total EDAs	3799	24	0	102	6	0

Fuente: HCLLH - UESA - NOTI SP



3.1.5.2. Vigilancia de las Infecciones Respiratorias (No Neumonías)

La vigilancia de infecciones respiratorias se realiza en menores de 5 años, incluyen las infecciones respiratorias agudas (IRAs) y el Síndrome Obstrutivo Bronquial (SOB)/Asma, son de notificación semanal.

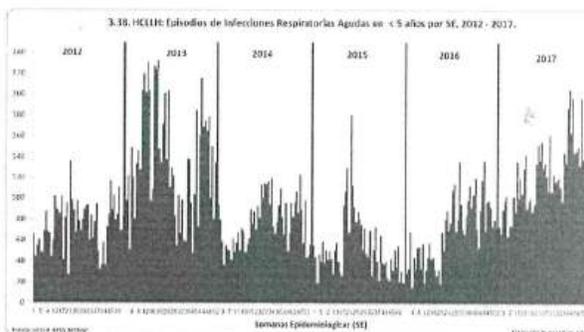
Durante el periodo 2014-2017, se notificaron un promedio anual de 5561 episodios de infecciones respiratorias, con tendencia creciente a partir del año 2015, sin embargo no se han presentado brotes. Tabla N° 3.38-3.39 y gráfico 3.39.

Hasta la S.E. 52-2017, se notificaron 7713 episodios de Infecciones Respiratorias en menores de 5 años; de ellas el 83,3% corresponden a IRAs y el 16,7% a Síndromes de Obstrucción Bronquial/Asma. Tabla N° 3.39 y gráficos 3.40.

Respecto a las de Infecciones Respiratorias Agudas, el 81,3% de los episodios corresponden al distrito de Puente Piedra, el 9,2% corresponden al distrito de Carabayllo, 3,3% al distrito de Ancón, 2,5% al distrito de Ventanilla, y 3,7% corresponde a otros distritos. El mayor porcentaje de IRAs se notificaron en el grupo de niños de 1 a 4 años con 61% seguido de los niños de 2 a 11 meses

con 31% y 8% en menores de 2 meses. Tabla N° 3.40-3.41 y Gráfico 3.41.

Respecto a los Síndromes de Obstrucción Bronquial/Asma, el 80,7% corresponden al distrito de Puente Piedra, el 8,6% al distrito de Carabayllo, el 3,6% al distrito de Ancón, el 3% al distrito de Ventanilla, y el 4,2% a otros distritos. Según el grupo de edad, el 61% se presentaron en niños menores de 2 años, mientras que el 39% en los niños de 2-4 años. Tabla N° 3.42 y Gráfico 3.42.



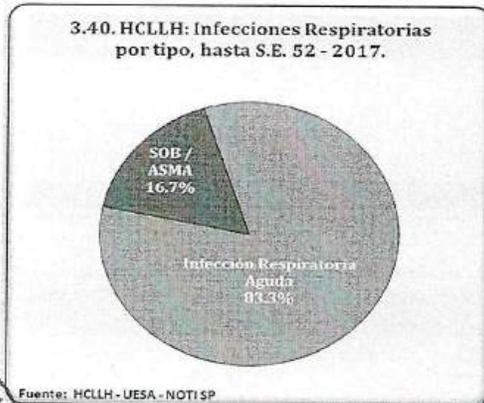
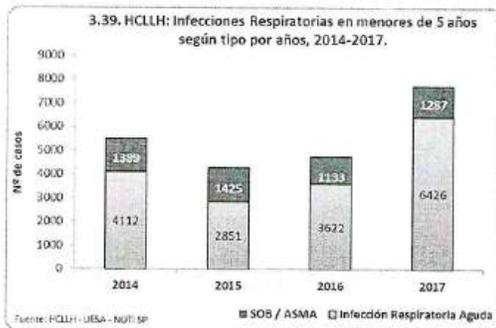
3.39. HCLLH: Episodios de Infecciones respiratorias en menores de 5 años según tipo, 2014-2017.

Tipo de Infección	Años			
	2014	2015	2016	2017
Infección Respiratoria Aguda	4112	2851	3622	6426
SOB / ASMA	1389	1425	1133	1287
Total	5501	4276	4755	7713

Fuente: HCLLH-UESA-NOTI SP

SOB= Síndrome de Obstrucción Bronquial





3.40. HCLLH: Infecciones Respiratorias en menores de 5 años por distrito según distritos, hasta SE 52-2017.

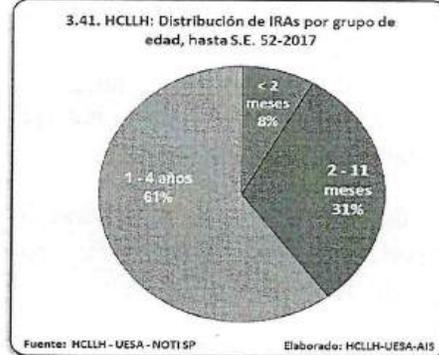
Distritos	Infección Respiratoria Aguda	SOB / ASMA	Total	%
Ancón	211	46	257	3.3%
Carabaylo	588	111	699	9.1%
Puente Piedra	5227	1039	6266	81.2%
Santa Rosa	47	11	58	0.8%
Ventanilla	159	38	197	2.6%
Otros	194	42	236	3.1%
Total IRAs	6426	1287	7713	100%

Fuente: HCLLH - UESA - NOTI SP

3.41. HCLLH: IRAs en < 5 años por grupo de edad, según distrito, hasta SE 52-2016

Distritos	Grupo de edad			Total	
	< 2 meses	2- 11 meses	1- 4 años	N°	%
Ancón	9	70	132	211	3.3%
Carabaylo	20	187	381	588	9.2%
Puente Piedra	478	1639	3110	5227	81.3%
Santa Rosa	2	13	32	47	0.7%
Ventanilla	8	53	98	159	2.5%
Otros	7	56	131	194	3.0%
Total	524	2018	3884	6426	100.0%

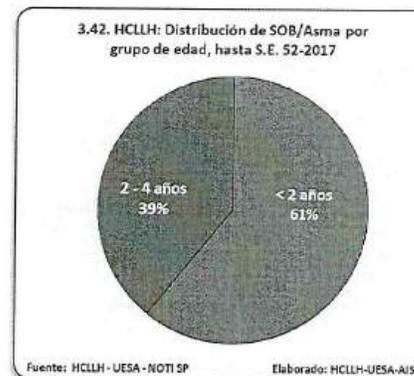
Fuente: HCLLH - UESA - NOTI SP. IRA= Infección respiratoria aguda



3.42. HCLLH: SOB/Asma en <5 años por grupo de edad, según distrito, hasta SE 52-2016

Distritos	Grupo de edad		Total	
	< 2 años	2- 4 años	N°	%
Ancón	26	20	46	3.6
Carabaylo	88	43	111	8.6
Puente Piedra	631	408	1039	80.7
Santa Rosa	6	5	11	0.9
Ventanilla	30	8	38	3.0
Otros	22	20	42	3.3
Total	783	504	1287	100

Fuente: HCLLH - UESA - NOTI SP. SOB= Síndrome de Obstrucción Bronquial



3.1.5.3. Vigilancia de Neumonías/IRAG

La vigilancia incluye las Neumonías no graves, las Neumonías Graves más enfermedad muy grave (EMG) e infecciones respiratorias agudas graves (IRAG) en todos los grupos de edad.

Durante el periodo 2014-2017 se notificaron un promedio de 587 episodios anuales, con similar distribución entre los

tipos de neumonía; se evidencia incremento progresivo entre los años 2014 a 2016. Tabla N° 3.43 y gráfico 3.43.

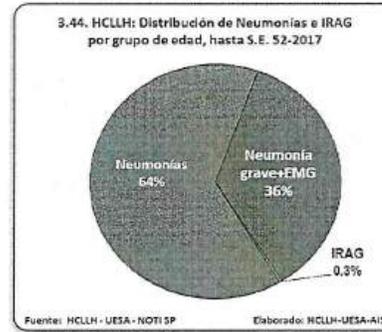
Durante el año 2017 se ha notificado 671 episodios de neumonías e IRAG, 14% superior a lo reportado en año 2016. El 64% de los episodios corresponden a neumonías no graves, el 36% a

neumonías graves y el 0,3% a IRAG. Gráfico 3.44.

La mayoría de los casos proceden del distrito de Puente Piedra con 70%, seguido del distrito de Carabayllo con 10,7%. Tabla N° 3.44.

Las neumonías se presentaron con mayor frecuencia en los grupos de edad extremos, en menores de 5 años con 47,5% y en los mayores de 60 años con 26,5% de episodios. Tabla N° 3.45.

El 70% de los pacientes se hospitalizaron; se reportaron 2% de fallecidos por neumonías. Tabla N° 3.46.



3.44. HCLLH: Neumonías e IRAG por tipo según distritos, hasta SE 52-2017

Distritos	Neumonías	Neumonía grave+EMG	IRAG	Total	%
Ancón	37	20	1	58	8,6%
Carabayllo	43	29	0	72	10,7%
Puente Piedra	305	185	0	470	70,0%
Santa Rosa	9	4	0	13	1,9%
Ventania	15	11	1	27	4,0%
Otros	21	10	0	31	4,6%
Total	430	239	2	671	100%

Fuente: HCLLH - UESA - NOTI SP IRAG= Infección Respiratoria Aguda Grave EMG= Enfermedad muy grave

3.43. HCLLH: Neumonías e IRAG por tipo, 2014-2017

Tipo	Años			
	2014	2015	2016	2017
Neumonías	250	294	451	430
Neumonía grave+EMG	115	182	283	239
IRAG	39	19	45	2
Total	404	495	779	671

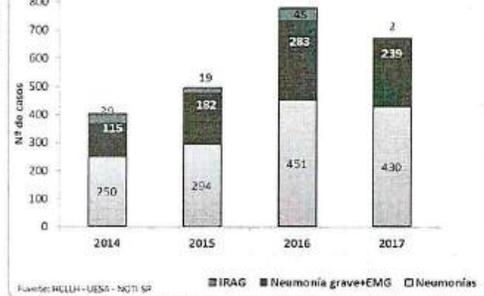
IRAG= Infección Respiratoria Aguda Grave EMG= Enfermedad muy grave
Fuente: HCLLH - UESA - NOTI SP

3.45. HCLLH: Episodios de Neumonías e IRAG por tipo según grupo de edad, hasta SE 52-2017

Grupo de edad	Neumonías	Neumonía grave+EMG	IRAG	Total	%
<2 meses	0	19	0	19	2,8
2 - 11 meses	26	93	1	120	17,9
1 - 4 años	52	127	1	180	26,8
5 - 9 años	47	0	0	47	7,0
10-19 años	33	0	0	33	4,9
20-59 años	94	0	0	94	14,0
60 a más años	178	0	0	178	26,5
Total	430	239	2	671	100

IRAG= Infección Respiratoria Aguda Grave EMG= Enfermedad muy grave
Fuente: HCLLH - UESA - NOTI SP

3.43. HCLLH: Distribución de casos de Neumonías e IRAG según tipo, 2014-2017.



3.46. HCLLH: Episodios de Neumonías e IRAG según tipo, hasta SE 52-2017.

Tipo	Acumulado hasta SE 62-2017		
	Total casos	Hospitalizados	Defunciones
Neumonías	430	234	16
Neumonía grave+EMG (en <5a.)	239	232	0
IRAG	2	2	0
Total	671	468	16

Fuente: HCLLH - UESA - NOTI SP

3.1.5.4. Vigilancia de Tuberculosis

En la vigilancia de tuberculosis se notifican los casos confirmados diagnosticados en el HCLLH, los pacientes son derivados al establecimiento de salud de acuerdo a su jurisdicción de residencia para el tratamiento y seguimiento del caso. Sólo se administra tratamiento en pacientes mientras dura su estancia hospitalaria.

Hasta la S.E. 52-2017 se ha notificado 88 casos confirmados de Tuberculosis, en

promedio 02 casos por semana epidemiológica, observándose disminución del 20% respecto al año 2016.

Según el tipo, el 72,7% son tuberculosis pulmonar Bk(+), 17% tuberculosis extra pulmonar y 10,2% tuberculosis pulmonar Bk(-). Tabla 3.47 y gráfico 3.45.

La mayoría de los casos proceden del distrito de Puente Piedra alcanzando un porcentaje de 69,3% seguido Carabayllo

con 13,6%, Ventanilla 8%, Ancón 5,7% y 3,4% proceden de otros distritos.

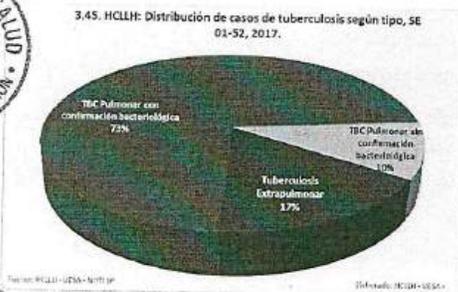
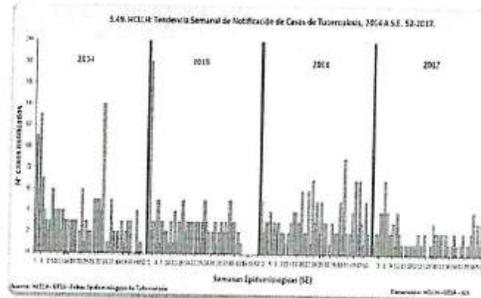
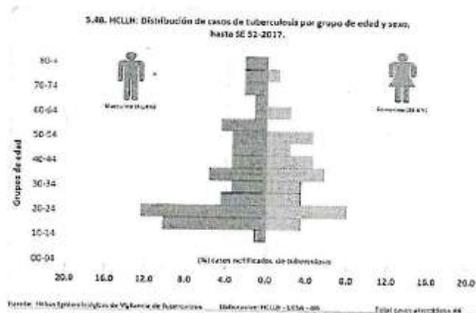
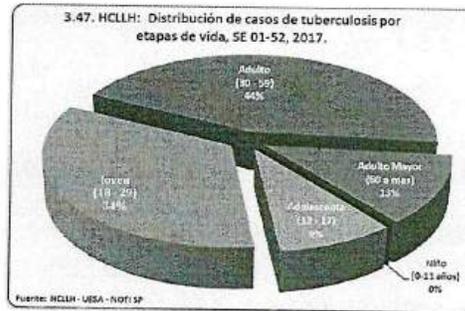
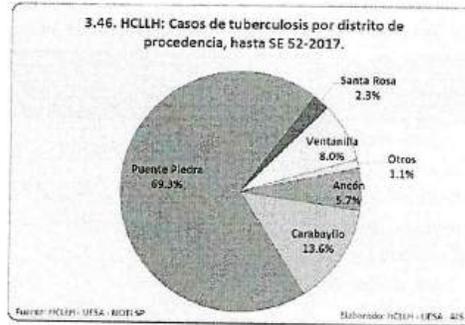
El 61,4% de los casos se notificaron en hombres y el 38,6% en mujeres; el promedio de edad es de 37 años con un rango entre 13 y 87 años.

El 44% de los casos notificados se encuentran en la etapa de vida Adulto, el 34% entre los jóvenes, el 13% entre adultos mayores, y 9% entre adolescentes. De acuerdo a la pirámide por edad y sexo, se evidencia el predominio entre los grupos de 15 a 24 años entre los hombres. Gráficos 3.44 - 3.45.

Respecto a las condiciones de riesgo o comorbilidad, del total de casos, 2 son PVVS, 02 gestantes, 07 con diabetes, 01 con cáncer de cuello uterino, 04 con asma/SOBA.

Se ha notificado 02 casos de tuberculosis pulmonar Bk (+) en personal de Salud del HCLLH.

Se han reportado 03 casos fallecidos, 01 de ellos con comorbilidad SIDA.



3.47. HCLLH: Distribución de casos de tuberculosis según tipo de diagnóstico, 2016-2017.

ENFERMEDAD / DAÑO	2016				2017				%
	Confirmado	Descartado	Fallecido	Total	Confirmado	Descartado	Fallecido	Total	
TBC Pulmonar con confirmación bact	67	0	5	67	64	0	1	64	72.7
TBC Pulmonar sin confirmación bact	24	0	1	24	9	0	1	9	10.2
Tuberculosis Extrapulmonar	20	0	5	20	15	0	1	15	17.0
Tuberculosis Meningea	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TBC Multidrogo Resistente (TB MDR)	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TBC Extensamente Resistente (TB XE)	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TBC Poliresistente	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total general	111	0	11	111	88	0	3	88	100%

Fuente: HCLLH - UESA - NOTI SP
Elaborado: HCLLH - UESA - AIS

3.48. HCLLH: Distribución de casos de tuberculosis según distritos, hasta S.E. 52-2017.

ENFERMEDAD / DAÑO	Ancón	Carabayillo	Puente Piedra	Santa Rosa	Ventanilla	Otros	Total HCLLH	
							Nº	%
TBC Pulmonar con confirmación bact	5	11	42	1	5	0	64	72.7
TBC Pulmonar sin confirmación bact	0	0	8	1	0	0	9	10.2
Tuberculosis Extrapulmonar	0	1	11	0	2	1	15	17.0
Tuberculosis Meningea	0	0	0	0	0	0	0	0.0
TBC Multidrogo Resistente (TB MDR)	0	0	0	0	0	0	0	0.0
TBC Extensamente Resistente (TB XE)	0	0	0	0	0	0	0	0.0
TBC Poliresistente	0	0	0	0	0	0	0	0.0
Total general	5	12	61	2	7	1	88	100%

Fuente: HCLLH - UESA - NOTISP

Elaborador: HCLLH - UESA - AIS

3.1.5.5. Vigilancia de Infecciones de Transmisión Sexual-VIH/SIDA

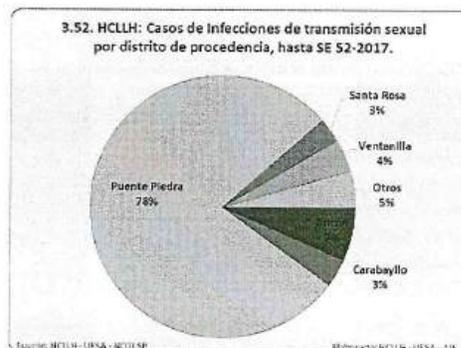
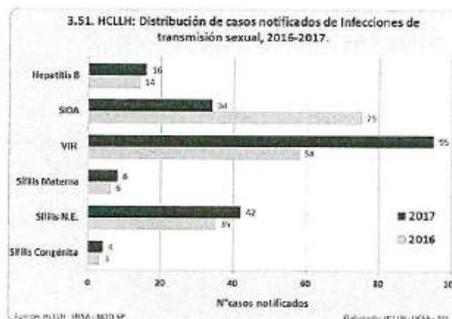
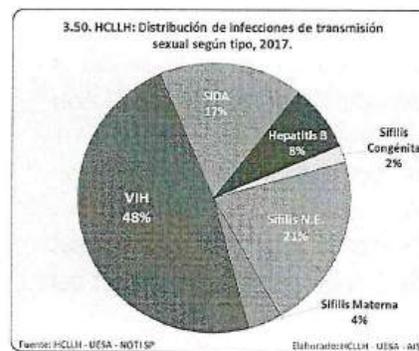
Durante el periodo 2016-2017 se han captado y notificado en promedio 195 casos confirmados de infecciones de transmisión sexual por año. Cabe señalar que la mayor parte de los pacientes son captados el consultorio de Infectología de la Estrategia de Prevención y Control de Infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA (ESPCITS, VIH/SIDA) o derivados al mismo para el tratamiento específico y seguimiento del caso.

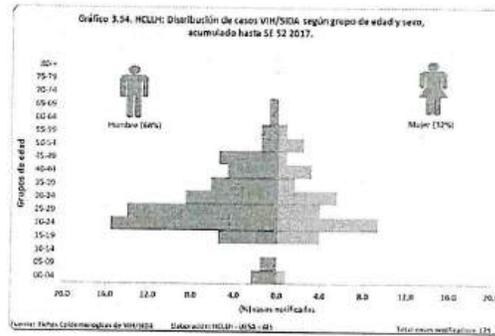
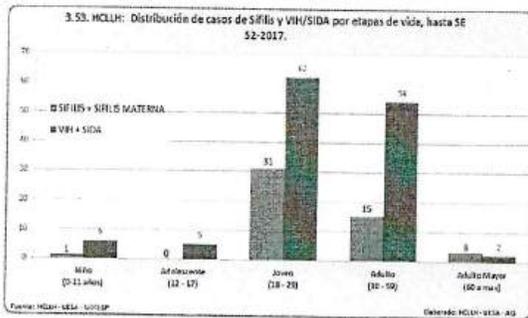
Hasta la S.E. 52-2017 se ha notificado 199 casos de infecciones de transmisión sexual, con ligero incremento respecto al año anterior. El 48% de los casos corresponden a pacientes con infección por VIH, el 21% a sífilis no especificada, el 17% a pacientes en estadio SIDA, el 8% a hepatitis B, el 4% a sífilis materna y 2% a sífilis congénita. Tabla 3.49 y gráfico 3.50-3.51.

La mayoría de los casos proceden del distrito de Puente Piedra alcanzando un porcentaje de 78% seguido Ancón con 7%, entre otros. Tabla 3.50 y gráfico 3.52.

La mayor parte de los casos se presentan durante la etapa de vida joven y adulto. Gráfico 3.53.

Respecto a los 129 casos de VIH/SIDA el 68% corresponde a hombres y el 32% a mujeres; siendo el grupo más frecuente los/las jóvenes de 20-24 años.





3.49. HCLLH: Infecciones de transmisión sexual, casos notificados según tipo de diagnóstico, 2016-2017.

ENFERMEDAD / DAÑO	2016				2017				%
	Confirmado	Descartado	Fallecidos	Total	Confirmado	Descartado	Fallecidos	Total	
Sífilis Congénita	3	0	0	3	4	0	0	4	2.0
Sífilis N.E.	35	0	0	35	42	0	0	42	21.1
Sífilis Materna	6	0	0	6	8	0	0	8	4.0
VIH	58	0	0	58	95	0	5	95	47.7
SIDA	75	0	14	75	34	0	5	34	17
Hepatitis B	14	0	0	14	16	0	0	16	8
Total general	191	0	14	191	199	0	10	199	100%

3.50 HCLLH: Infecciones de transmisión sexual, casos notificados según distritos, hasta S.E. 52-2017.

ENFERMEDAD / DAÑO	Total HCLLH						N°	%
	Ancón	Carabayillo	Puente Piedra	Santa Rosa	Ventanilla	Otros		
Sífilis Congénita	0	0	3	0	1	0	4	2.0
Sífilis N.E.	5	4	26	0	4	3	42	21.1
Sífilis Materna	0	2	4	1	1	0	8	4.0
VIH	1	0	85	3	2	4	95	47.7
SIDA	4	1	27	2	0	0	34	17.1
Hepatitis B	3	0	11	0	0	2	16	8.0
Total general	13	7	156	6	8	9	199	100%

1.1.5.6. Vigilancia de Enfermedades Prevenibles por Vacunación

Durante el periodo 2016-2017 se ha notificado en promedio 82 casos anuales relacionados a enfermedades inmunoprevenibles, no se han reportado casos fallecidos.

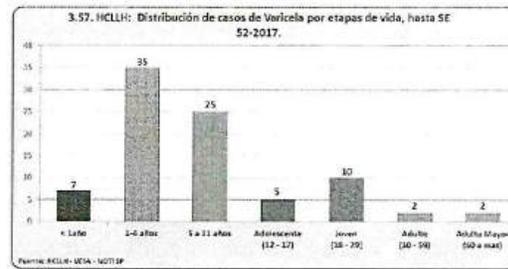
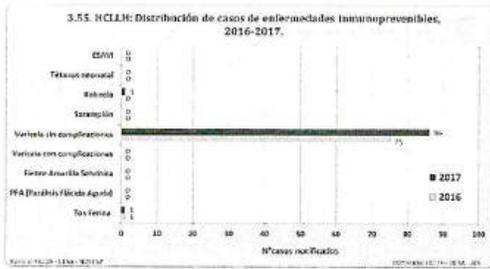
Hasta la S.E. 52-2017 se ha notificado 88 casos relacionados a enfermedades inmunoprevenibles, el 98% corresponden a casos de varicela sin complicaciones confirmados con diagnóstico clínico y epidemiológico; 01 caso corresponde a tos ferina y 01 a rubeola ambos descartados por laboratorio del Instituto Nacional de Salud. Tabla N° 3.51 y gráfico 3.55.

Los casos proceden principalmente del distrito de Puente Piedra y Ancón. Tabla 3.52 y gráfico 3.56.

Respecto los casos de varicela, el promedio de edad es de 10 años, con un rango de 1 a 74 años; predomina el grupo de 1 a 4 años y de 5 a 11 años. Gráfico 3.57.

Existen debilidades para la notificación de tos ferina, ya que en gran parte del año ha habido deficiencias en el abastecimiento de insumos para toma de muestra (hisopos).

Se realizó las actividades de investigación y control en coordinación con la Estrategia Sanitaria de Inmunizaciones y los establecimientos de salud correspondientes de la DIRIS Lima Norte.



3.51. HCLLH: Enfermedades Inmunoprevenibles sujetos a vigilancia epidemiológica en salud pública según tipo de diagnóstico, 2016-2017.

ENFERMEDAD / DAÑO	2016				2017				%
	Confirmado	Descartado	Fallecidos	Total	Confirmado	Descartado	Fallecidos	Total	
Tos Ferina	0	1	0	1	0	1	0	1	1.1
PFA (Parálisis Flácida Aguda)	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0
Fiebre Amarilla Selvática	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0
Varicela con complicaciones	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0
Varicela sin complicaciones	75	0	0	75	86	0	0	86	97.7
Sarampión	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0
Rubeola	0	0	0	0	0	1	0	1	1.1
Tétanos neonatal	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ESAVI	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total general	75	1	0	76	86	2	0	88	100%

Fuente: HCLLH - UESA - NOTISP

3.52. HCLLH: Enfermedades Inmunoprevenibles sujetos a vigilancia epidemiológica en salud pública según distritos, hasta S.E. 52-2017.

ENFERMEDAD / DAÑO	Ancón	Carabayllo	Puente Piedra	Santa Rosa	Ventanilla	Otros	Total HCLLH	
							N°	%
Tos Ferina	0	0	1	0	0	0	1	1.1
PFA (Parálisis Flácida Aguda)	0	0	0	0	0	0	0	0.0
Fiebre Amarilla Selvática	0	0	0	0	0	0	0	0.0
Varicela con complicaciones	0	0	0	0	0	0	0	0.0
Varicela sin complicaciones	10	6	57	2	3	8	86	97.7
Sarampión	0	0	0	0	0	0	0	0.0
Rubeola	0	0	0	1	0	0	1	1.1
Tétanos neonatal	0	0	0	0	0	0	0	0.0
ESAVI	0	0	0	0	0	0	0	0.0
Total general	10	6	58	3	3	8	88	100%

Fuente: HCLLH - UESA - NOTISP

BUSQUEDA ACTIVA INSTITUCIONAL (BAI) DE PARALISIS FLACIDA AGUDA

La Búsqueda Activa Institucional (BAI) es un procedimiento que trata de identificar algún caso de enfermedad objeto de control o erradicación que por algún motivo no haya sido captado por el sistema formal de vigilancia epidemiológica. Se revisa todas las fuentes de información disponibles sobre producción de actividades médicas (consulta externa, emergencia y hospitalización) en coordinación con la Unidad de Estadística e Informática.

Durante el año 2017 se han revisado 64919 diagnósticos diferenciales de Parálisis Flácida Aguda en menores de 15 años, identificando 16 casos compatibles con dichos diagnósticos, de los cuales el 100% no habían sido reportados; todos los casos fueron investigados, siendo descartados el 100% por no cumplir con la definición de caso. Tabla N° 3.53.

3.53. HCLLH: Búsqueda Activa Institucional (BAI) Parálisis Flácida Aguda, 2014 - 2017.

PERIODO	TOTAL Dx. REVISADOS	TOTAL DE Dx. DIFERENCIALES	TOTAL DE CASOS ENCONTRADOS (HCI REVISADAS)	EL CASO ESTÁ REPORTADO AL SISTEMA DE VIGILANCIA				ESTADO DE INVESTIGACION	
				EN EL SISTEMA	%	FUERA DEL SISTEMA**	%	INVEST.	NO INVEST.
2014	57388	9	9	0	0	9	100%	100%	0%
2015	59290	22	22	0	0%	22	100%	100%	0%
2016	58808	26	26	0	0%	26	100%	100%	0
2017	64919	16	16	0	0%	16	100%	100%	0

Fuente: HCLLH-UESA-BAI

** No cumplen con la definición de caso

3.1.5.7. Vigilancia de Enfermedades Metaxénicas

Durante el periodo 2016-2017 se ha notificado un promedio de 44 casos anuales de enfermedades metaxénicas o transmitidas por vectores, más del 90% corresponden a casos de dengue.

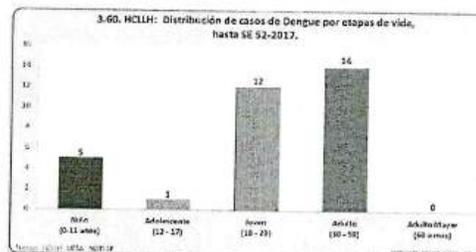
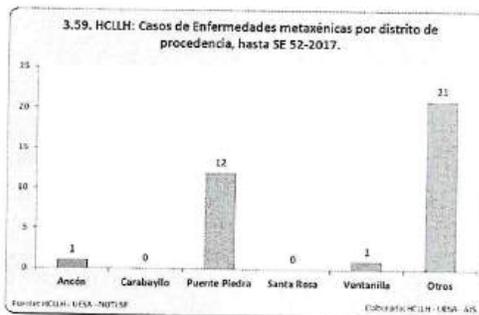
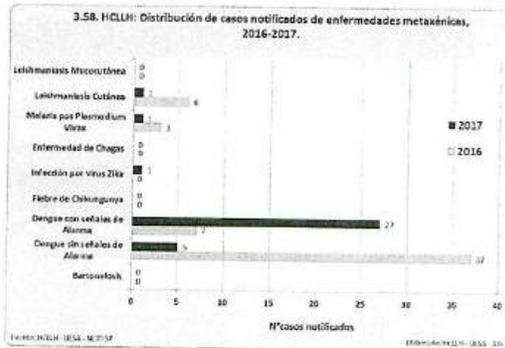
Hasta la S.E. 52-2017, se han notificado 35 casos relacionados a enfermedades metaxénicas, 91% corresponden a dengue (5 fueron clasificados como dengue sin señales de alarma y 27 casos como Dengue con señales de alarma); 2,9% a infección por virus Zika, malaria por Plasmodium vivax, y leishmaniasis cutánea todos ellos recibieron atención y tratamiento especializado. No se reportaron casos fallecidos. Tabla N° 3.55.

Respecto a los casos de dengue, 05 fueron confirmados por el laboratorio del INS, 02 de ellos autóctonos del distrito de Puente Piedra y 03 casos importados-nacional; los casos restantes fueron descartados con resultado de laboratorio del INS y con diagnóstico compatible con otra enfermedad. Asimismo se ha coordinado con la DIRIS Lima Norte para las actividades de intervención y control epidemiológico en todos los casos notificados.

El promedio de edad es de 28 años, con un rango de 3 a 58 años, el 53% son hombres y el 47% mujeres.

Principalmente en la etapa de vida joven adulto.

Tabla N° 3.55-3.57 y gráfico 3.59.



3.55. HCLLH: Enfermedades metaxénicas, casos notificados según tipo de diagnóstico, 2016-2017.

ENFERMEDAD / DAÑO	2016				2017				%
	Confirmado	Descartado	Fallecidos	Total	Confirmado	Descartado	Fallecidos	Total	
Bartonelosis	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0
Dengue sin señales de Alarma	6	31	0	37	1	4	0	5	14.3
Dengue con señales de Alarma	0	7	0	7	4	23	0	27	77.1
Fiebre de Chikungunya	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0
Infección por virus Zika	0	0	0	0	1	0	0	1	2.9
Enfermedad de Chagas	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0
Malaria pos Plasmodium Vivax	3	0	0	3	1	0	0	1	2.9
Leishmaniasis Cutánea	6	0	0	6	1	0	0	1	2.9
Leishmaniasis Mucocutánea	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0
Total general	15	38	0	53	8	27	0	35	100%

Fuente: HCLLH - UESA - NOTI SP

3.56. HCLLH: Enfermedades metaxénicas, casos notificados según distritos, hasta S.E. 52-2017.

ENFERMEDAD / DAÑO	Ancón	Carabayllo	Puente Piedra	Santa Rosa	Ventanilla	Otros	Total HCLLH	
							Nº	%
Bartonelosis	0	0	0	0	0	0	0	0.0
Dengue sin señales de Alarma	0	0	1	0	0	4	5	14.3
Dengue con señales de Alarma	1	0	11	0	1	14	27	77.1
Fiebre de Chikungunya	0	0	0	0	0	0	0	0.0
Infección por virus Zika	0	0	0	0	0	1	1	2.9
Enfermedad de Chagas	0	0	0	0	0	0	0	0.0
Malaria pos Plasmodium Vivax	0	0	0	0	0	1	1	2.9
Leishmaniasis Cutánea	0	0	0	0	0	1	1	2.9
Leishmaniasis Mucocutánea	0	0	0	0	0	0	0	0.0
Total general	1	0	12	0	1	21	35	100%

Fuente: HCLLH - UESA - NOTI SP

3.57. HCLLH: Casos notificados de Dengue según lugar probable de infección y tipo de diagnóstico, hasta SE 52 - 2017

Localidad de Procedencia (Lugar probable de infección)				Tipo de Diagnóstico			Total general
País	Departamento	Provincia	Distrito	Probable	Confirmado	Descartado	
Perú	Lima	Lima	Puente Piedra	-	2	10	12
Perú	La Libertad	Chepén	Chepen	-	2	-	2
Perú	Piura	Piura	Piura	-	1	-	1
Perú	Piura	Piura	Catacaos	-	-	2	2
Perú	Piura	Paíta	Pueblo Nuevo de Col	-	-	1	1
Perú	Piura	Piura	La Unión	-	-	1	1
Perú	Piura	Ayabaca	Ayabaca	-	-	1	1
Perú	Lima	Lima	Ancón	-	-	1	1
Perú	Lima	Lima	Miraflores	-	-	1	1
Perú	Lima	Lima	Collique	-	-	1	1
Perú	Huánuco	Huánuco	San Rafael	-	-	1	1
Perú	Huánuco	Huánuco	Huánuco	-	-	1	1
Perú	Tumbes	Tumbes	El Pacífico	-	-	1	1
Perú	Loreto	Maynas	Gamitana Concha	-	-	1	1
Perú	Loreto	Maynas	Iquitos	-	-	1	1
Perú	Ucayali	Coronel Portillo	Pucallpa	-	-	1	1
Perú	Ucayali	Padre Abad	Aguaytia	-	-	1	1
Perú	San Martín	Bellavista	Bellavista	-	-	1	1
Perú	Callao	Callao	Ventanilla	-	-	1	1
Total				0	5	27	32

Fuente: HCLLH - UESA - NOTI SP

Elaborado: HCLLH-UESA-AIS



3.1.5.8. Vigilancia de Enfermedades Zoonóticas

Durante el periodo 2016-2017 se han notificado en promedio 729 casos anuales de enfermedades zoonóticas, el 90% corresponden a mordeduras caninas.

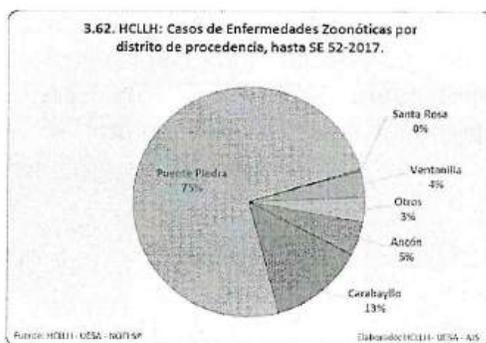
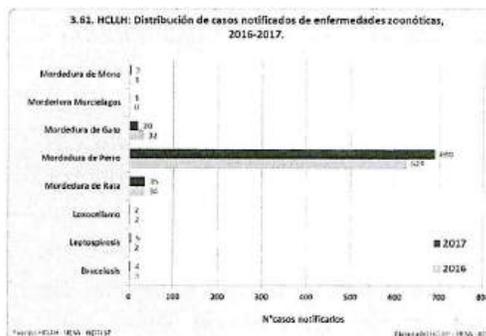
Hasta la S.E. 52-2017, dentro de la vigilancia de enfermedades zoonóticas se han reportado 760 casos; principalmente accidentes por mordeduras caninas con un 90% de los casos, 4,6% por mordedura de rata; 2,6% casos de mordedura de gato, 0,7% casos de leptospirosis, 0,5% casos de brucelosis, entre otras. Se confirmó 04 casos de Brucelosis y 01 de leptospirosis por el Laboratorio del Instituto Nacional de Salud. Tabla N° 3.58 y gráfico 3.61.

El 91% de los casos notificados corresponden al distrito de Puente Piedra, 11% a Carabayillo, 3% a Ventanilla. Gráfico 3.59.

Todos los casos de mordeduras recibieron atención integral de la estrategia de zoonosis, que incluye atención médica en emergencia y vacunación antitetánica y/o antirrábica de acuerdo al caso, además se derivaron al establecimiento de salud correspondiente para el control del animal mordedor en el caso de los canes y el seguimiento de la vacunación.

De igual modo, los dos casos de loxocelismo, recibieron suero

antiloocélico y seguimiento por el responsable del programa presupuestal de Metaxénicas y Zoonosis.



3.59 HCLLH: Enfermedades Zoonóticas, casos notificados según distritos, hasta S.E. 52-2017.

ENFERMEDAD / DAÑO	Ancón		Carabayillo		Puente Piedra		Santa Rosa		Ventanilla		Otros		Total HCLLH	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Brucelosis	0	1	2	0	0	0	1	4	0.5					
Leptospirosis	1	1	1	0	0	1	4	0.5						
Loxocelismo	0	0	1	0	1	0	2	0.3						
Mordedura de Rata	3	4	27	0	1	0	35	4.6						
Mordedura de Perro	30	94	514	2	26	24	690	90.9						
Mordedura de Gato	2	0	18	0	0	0	20	2.6						
Mordedura Murcielagos	0	0	1	0	0	0	1	0.1						
Mordedura de Mono	0	0	3	0	0	0	3	0.4						
Total general	35	100	567	2	28	26	759	100%						

3.58 HCLLH: Enfermedades Zoonóticas, casos notificados según tipo de diagnóstico, 2016-2017.

ENFERMEDAD / DAÑO	2016				2017				%
	Confirmado	Descartado	Fallecidos	Total	Confirmado	Descartado	Fallecidos	Total	
Brucelosis	3	0	0	3	4	0	0	4	0.5
Leptospirosis	0	2	0	2	1	4	0	5	0.7
Loxocelismo	2	0	0	2	2	0	0	2	0.3
Mordedura de Rata	34	0	0	34	35	0	0	35	4.6
Mordedura de Perro	624	0	0	624	690	0	0	690	90.8
Mordedura de Gato	32	0	0	32	20	0	0	20	2.6
Mordedura Murcielagos	0	0	14	0	1	0	0	1	0
Mordedura de Mono	1	0	0	1	3	0	0	3	0
Total general	696	2	14	698	756	4	0	760	100%

HCLLH - UESA - NOTI SP

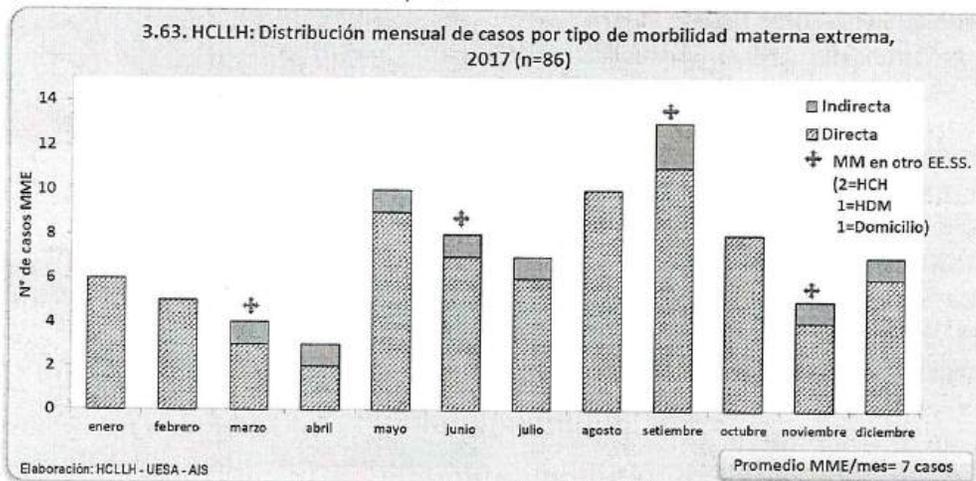
3.1.5.9. Vigilancia Epidemiológica de la Morbilidad Materna Extrema

En el Hospital "Carlos Lanfranco La Hoz" se ha iniciado la Vigilancia Epidemiológica de la Morbilidad Materna Extrema desde el año 2016 y se ha formalizado con Resolución Directoral N° 055-02/2017-HCLLH/SA. La necesidad de esta vigilancia es porque se ha identificado que estos casos comparten muchas características con la muerte materna, permite conocer las percepciones y todo aquello que ocurrió alrededor de su estado grave, así mismo permite identificar acciones de mejora en los servicios de salud para optimizar la calidad de atención materna.

Se define un caso de Morbilidad Materna Extrema como una mujer con una complicación durante el embarazo, el

parto o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, que pone en riesgo su vida pero sobrevive y que cumple con al menos uno de los criterios de inclusión establecidos.

En el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz se ha notificado 86 casos de morbilidad materna extrema al año 2017, con un promedio de 7 casos por mes y un rango de 3 a 13 casos/mes. En el mismo periodo se ha registrado 04 casos de mortalidad materna, 02 fallecidas en el Hospital Cayetano Heredia, 01 en Hospital Dos de Mayo y 01 en domicilio. El 90% fueron por causas directas y el 10% causas indirectas. Gráfico 3.63.



Las principales características de los casos de MME: la edad promedio es 29 años, con un rango de 14 a 45 años, mediana 29 años y moda 28 años. El 27% de los casos se ubica dentro del grupo de 25 a 29 años; de procedencia del distrito de Puente Piedra (72%); con acceso al Seguro Integral de Salud (98%), multigestas (78%), sin atención prenatal (49%) o insuficiente (22%). Tabla 3.60 y gráfico 3.64.

El 55% de los casos culminó el embarazo en parto cesárea, 33% en laparotomía por embarazo ectópico, 2% en legrado uterino (LU) o aspiración manual endouterina

(AMEU), 2% terminó en parto vaginal y 8% continuó su gestación.

El 78% de los casos se complican durante el embarazo, mientras que el 19% durante la etapa del puerperio y 4% durante el parto. Gráfico 3.65.

De acuerdo a la condición de egreso, el 77% fue dada de alta, 23% fue referida a un establecimiento de mayor nivel de complejidad, en especial al Hospital Cayetano Heredia e Instituto Materno Perinatal; en el HCLLH no se registraron defunciones.



El promedio de estancia hospitalaria es de 5 días/caso, con un mínimo de 9 horas y máximo de 18 días.

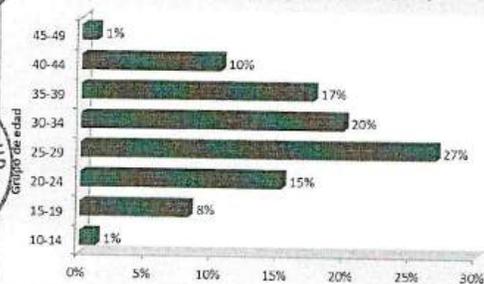
3.60. HCLLH: Características demográficas de casos MME, 2016 - 2017.

Características sociodemográficas	2016		2017	
	N°	%	N°	%
Edad (años)				
10 a 14	0	0.0	1	1.2
15 a 19	7	12.3	7	8.1
20 a 24	11	19.3	13	15.1
25 a 29	9	15.8	23	26.7
30 a 34	8	14.0	17	19.8
35 a 39	14	24.6	15	17.4
40 a 44	8	14.0	9	10.5
45 a 49	0	0.0	1	1.2
Distrito de procedencia				
Puente Piedra	34	59.6	62	72.1
Ancón	9	15.8	5	5.8
Carabayillo	7	12.3	6	7.0
Ventanilla	4	7.0	3	3.5
Santa Rosa	2	3.5	4	4.7
Otro	1	1.8	6	7.0
Seguro de salud				
Ninguno	3	5.3	2	2.3
SIS/AUS	54	94.7	84	97.7
Essalud/particular	0	0.0	0	0.0
Total	57	100.0	86	100.0

Fuente: HCLLH-UESA-Fichas MME

Elaborado: HCLLH-UESA-AIS

3.64. HCLLH: Distribución porcentual de casos de morbilidad materna extrema por grupo de edad, 2017 (n=86)



Fuente: Fichas MME-UESA

Elaboración: HCLLH - UESA - AIS

Respecto a los criterios de inclusión:

en el criterio manejo de la paciente, predominan la cirugía adicional e ingreso UCI; en el criterio enfermedad específica, el embarazo ectópico, síndrome de HELLP; y la disfunción hematológica y neurológica entre las más significativas.

De acuerdo a los criterios relacionados con el manejo de la paciente: 84% de las pacientes cumplen este criterio.

58% de casos tiene una cirugía adicional: laparotomía exploratoria en 38 casos (76%), de ellos el 74% (28)

Tabla 3.61.

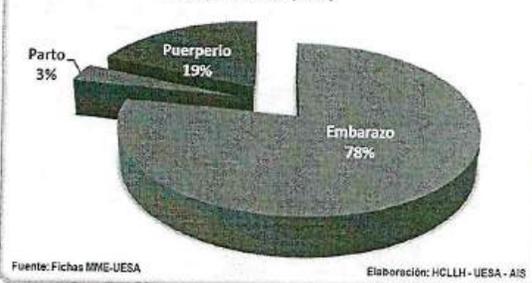
Tabla 3.61. HCLLH: Características obstétricas de casos MME, 2016 - 2017.

Características obstétricas	2016		2017	
	N°	%	N°	%
Gestaciones	57		86	
Primigestas	14	25.0	19	22.1
Multigestas	42	75.0	67	77.9
N° controles prenatales				
Ninguno	17	37.8	42	48.8
1-5	13	28.9	19	22.1
6 a más	15	33.3	27	31.4
Edad gestacional				
I trimestre	10	19.6	31	36.0
II trimestre	4	7.8	7	8.1
III trimestre	37	72.5	48	55.8
Finalización del embarazo				
Cesárea	29	50.9	47	54.7
LU/AMEU	10	17.5	2	2.3
Parto vaginal	9	15.8	2	2.3
Alta aún gestando	5	8.8	7	8.1
Laparotomía por embarazo ectópico roto	4	7.0	28	32.6
Momento de complicación				
Embarazo	39	68.4	67	77.9
Parto	4	7.0	3	3.5
Puerperio	14	24.6	16	18.6
Condición de egreso				
Alta médica	46	80.7	66	76.7
Referida	7	12.3	20	23.3
Fallecida	4	7.0	0	0.0

Fuente: HCLLH-UESA-Fichas MME

Elaborado: HCLLH-UESA-AIS

3.65. HCLLH: Distribución de MME por momento de complicación, 2017 (n=86)



Fuente: Fichas MME-UESA

Elaboración: HCLLH - UESA - AIS

fueron por embarazo ectópico; cesárea más histerectomía en 9 casos (18%); y apendicectomía en 3 casos (6%).

- 30% de los casos ingresan a UCI; con un promedio de permanencia de 3 días/paciente en UCI y rango de 1-10 días.
- En 20% de casos se realiza ≥ 3 transfusiones sanguíneas o de hemoderivados; con un promedio de 4 unidades/paciente transfundido y rango de 1-10 unidades o paquetes. Utilizándose un total de 94 unidades sanguíneas.

De acuerdo a los criterios relacionados con enfermedad específica: 72% de los casos cumplen este criterio. 33% Embarazo ectópico roto, 22% Síndrome de HELLP, 8% shock hipovolémico, 7% Desprendimiento Prematuro de Placenta ($\geq 50\%$), 6% Eclampsia, 1% ruptura uterina. Se evidencia incremento de casos de

embarazo ectópico roto y síndrome de HELLP respecto al año 2016.

De acuerdo a los criterios relacionados con disfunción orgánica: el 47% de los casos cumplen dichos criterios, en especial disfunción hematológica (73%) y neurológica (18%).

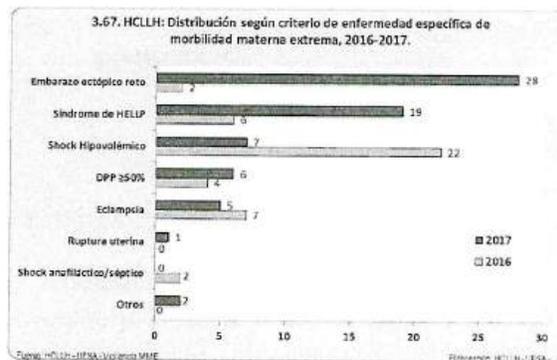
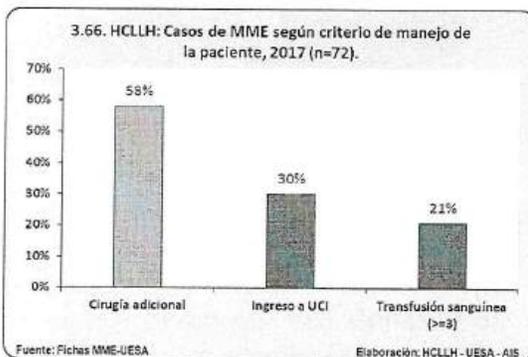
Tabla 3.62 y gráfico 3.66-3.67.

Tabla 3.62. HCLLH: Criterios de inclusión de casos de MME, 2016 - 2017.

Criterios de inclusión de casos de MME	2016		2017	
	N°	%	N°	%
Criterio: Manejo de la paciente	39	68.4	72	83.7
Cirugía adicional	18	31.6	50	58.1
Ingreso a UCI	21	36.8	26	30.2
Transfusión sanguínea (≥ 3)	18	31.6	18	20.9
Criterio: Enfermedad específica	39	68.4	62	72.1
Embarazo ectópico roto	2	3.5	28	32.6
Síndrome de HELLP	6	10.5	19	22.1
Shock Hipovolémico	22	38.6	7	8.1
DPP $\geq 50\%$	4	7.0	6	7.0
Eclampsia	7	12.3	5	5.8
Ruptura uterina	0	0	1	1.2
Shock anafiláctico/séptico	2	1.8	0	0.0
Otros	0	0	2	2.3
Criterio: Disfunción orgánica	44	77.2	40	46.5
Total	57	100.0	86	100.0

Fuente: HCLLH-UESA-Fichas MME

Elaborado: HCLLH-UESA-AIS



Las causas directas ocupan el primer lugar (89,5%), en especial los trastornos hipertensivos (34,9%) y los embarazos que terminan en aborto (34,9%).

El 89,5% de los casos se relacionan con causas básicas directas:

- 35% corresponden a embarazos que terminan en aborto, especialmente embarazos ectópicos 93% (28 casos).

- los trastornos hipertensivos representan el 35% de los casos, de ellos, el 60% (18 casos) son Síndrome de HELLP; 23% (7) preeclampsia severa y 17% (5) eclampsia.
- 13% de los casos se deben a hemorragia obstétrica, de ellas el 36% (4) corresponden a DPP $\geq 50\%$ y atonía uterina en igual proporción, acretismo placentario

en 2 casos y 1 caso de placenta previa parcial.

- 4% infección relacionada con el embarazo (3 casos);
- 4% otras complicaciones obstétricas (3 casos).

Las causas indirectas representan el 10,5% de los casos; tenemos apendicitis/peritonitis, abdomen agudo quirúrgico, neoplasia, síndrome icterico, tormenta tiroidea y ACV hemorrágico.

Tabla 3.63 y Gráfico 3.68.

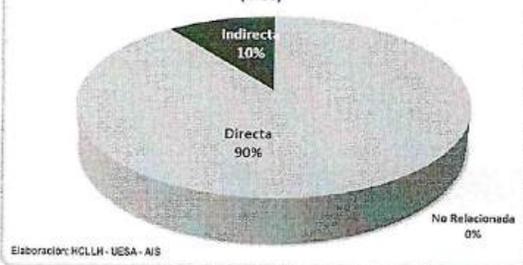
Tabla 3.63. HCLLH: Causas básicas de casos MME, 2016 - 2017.

Causas básicas (CIE 10-MM)	2016		2017	
	N°	%	N°	%
Directas	49	86.0	77	89.5
1 Embarazos que terminan en aborto	10	17.5	30	34.9
2 Trastornos hipertensivos en el embarazo, parto y puerperio	16	28.1	30	34.9
3 Hemorragia obstétrica	20	35.1	11	12.8
4 Infección relacionada con el embarazo	1	1.8	3	3.5
5 Otras complicaciones obstétricas	2	3.5	3	3.5
Indirectas	8	14.0	9	10.5
Apendicitis/Peritonitis	3	5.3	3	3.5
Abdomen Agudo Quirúrgico	0	0.0	1	1.2
Neoplasia	1	1.8	1	1.2
Síndrome icterico	1	1.8	1	1.2
Tormenta tiroidea	0	0.0	1	1.2
ACV Hemorrágico	0	0.0	1	1.2
Shock anafiláctico	1	1.8	0	0.0
Insuficiencia respiratoria/NAC	2	3.5	0	0.0
Tuberculosis	1	1.8	1	1.2
Total	57	100.0	86	100.0

Fuente: HCLLH-UESA-Fichas MME

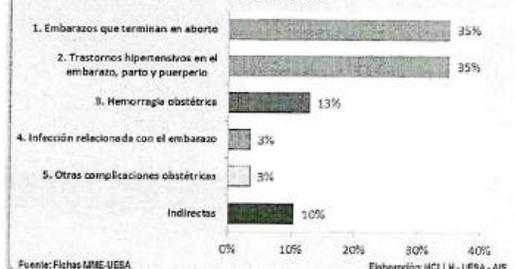
Elaborado: HCLLH-UESA-AIS

3.68. HCLLH: Distribución de casos por tipo de MME, 2017 (n=86)



Elaboración: HCLLH - UESA - AIS

3.69. HCLLH: Distribución por grupo de causas básicas de MME, 2017 (n=86).



Fuente: Fichas MME-UESA

Elaboración: HCLLH - UESA - AIS

Las demoras en la atención de la salud materna I, II y IV son las más frecuentes, demora en la identificación del problema (59%), en buscar ayuda (47%) y establecer diagnósticos/tratamiento oportuno (35%).

Tabla 3.64. HCLLH: Demoras en la atención de salud de casos de MME, 2017.

Demoras en la atención de salud	Frecuencia (N°)	Porcentaje (%)
I Demora en la identificación del problema	40	59%
II Demora en la decisión de buscar ayuda	32	47%
III Demora en acceder a los servicios de salud	4	6%
IV Demora en recibir tratamiento adecuado y oportuno	24	35%
Total	68	100%

Fuente: HCLLH - UESA - Vigilancia Epidemiológica de Mortalidad Materna

Elaborado: HCLLH - UESA - AIS

Indicadores de resultados:

- Respecto a los indicadores de prevalencia de MME, tenemos que la razón de mortalidad materna se encuentra en 114 por 100 000 nacidos vivos (considerando las 04 defunciones fuera del HCLLH), la razón de MME en 25 por 1 000 nacidos vivos.
- El índice de mortalidad refleja el porcentaje de muertes maternas por cada cien casos de MME y evalúa la calidad de la atención; nos encontramos en 5%, es decir 5 muertes maternas por cada 100 casos de MME.
- La relación MME/MM refleja el número de casos de MME por cada caso de muerte materna y evalúa la calidad de la atención; tenemos 22 casos de MME por cada muerte materna.
- Indicadores de severidad:
 - La relación criterio/caso indica el número de criterios de inclusión por cada caso de MME y refleja la severidad del compromiso de la salud materna. En promedio tenemos 2 criterios por cada caso de MME.
 - El porcentaje de casos MME con 3 o más criterios de inclusión indica la severidad de la MME. El 30% de los casos cumplen con los tres criterios propuestos, es decir casi la tercera parte de los casos tenían un alto grado de compromiso en la salud de la gestante/puérpera. Tabla 3.65.

Tabla 3.65. HCLLH: Indicadores de MME, 2016-2017.

INDICADORES DEMOGRÁFICOS	2016	2017
Nacidos vivos (nv)	3259	3501
Muertes maternas (MM)	4	4
Morbilidad materna extrema (MME)	57	86
Total criterios de inclusión casos de MME	122	174
MME con tres o más criterios de inclusión	20	26
INDICADORES DE RESULTADOS		
Razón de MM (x100 000 nv)	122.7	114.3
Razón de MME (x1 000 nv)	17.5	24.6
Índice de Mortalidad (%)	7%	5%
Relación MME/MM	14.3	21.5
INDICADORES DE SEVERIDAD		
Relación criterios/caso	2.1	2.0
MME con tres o más criterios de inclusión (%)	35%	30%
Tasa de Letalidad (%)		
Causas directas	10.0%	0%
Causas indirectas	33.3%	44.4%

Fuente: HCLLH-UESA-Fichas MME

Elaborado: HCLLH-UESA-AIS



3.1.5.10. Vigilancia Epidemiológica del Cáncer-Registros Hospitalarios

Los Registros Hospitalarios de Cáncer (RHC) constituyen un sistema de información para recolectar, registrar, analizar e interpretar datos sobre cánceres en personas diagnosticadas y/o tratadas en instituciones hospitalarias. Su principal objetivo es mejorar la calidad del diagnóstico y tratamiento de los pacientes con cáncer y constituyen fuente de datos de los registros de cáncer de base poblacional. El Ministerio de Salud ha implementado la Vigilancia Epidemiológica de Cáncer-Registros Hospitalarios de Cáncer a través de la Directiva Sanitaria N° 004-2006 aprobada con R.M. 660-2006/MINSA.

Durante el periodo 2006 - 2017 el Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de Cáncer en el HCLLH ha notificado 263 casos, de ellos 205 tienen confirmación histológica con comportamiento maligno de sitio primario o incierto. La mayor notificación de casos se realiza durante el año 2017. En promedio se notifican 22 casos nuevos/año; con tendencia ascendente de los casos notificados.

Durante el año 2017 se ha notificado 42 casos de confirmados de neoplasias malignas, diagnosticados con técnicas microscópicas (Histología) que constituye el Gold estándar para el diagnóstico.

Tabla 3.66 y gráfico 3.70.

3.66. HCLLH: Casos notificados con diagnóstico histológico de cáncer según año de diagnóstico, 2006-2017.

Año de Diagnóstico	Total de casos notificados	Casos con confirmación histológica
2006	12	7
2007	15	12
2008	28	18
2009	24	19
2010	23	7
2011	27	15
2012	15	10
2013	11	11
2014	20	18
2015	18	18
2016	28	28
2017	42	42
Total	263	205

Fuente: HCLLH - UESA - Registros Hospitalarios de Cáncer
Elaborado: HCLLH - UESA - AIS



Características sociodemográficas:

El promedio de edad al momento del diagnóstico es de 58 años, con un rango de 25 a 92 años. El 83% de los casos corresponden al sexo femenino y el 17% al sexo masculino; razón mujer/varón de 5:1.

mientras que, en el sexo masculino la mayor frecuencia se agrupó a partir de los 50 años de edad. Se puede apreciar que los diagnósticos de cáncer se realizan a edades más tempranas en el sexo femenino a diferencia del sexo masculino.

De acuerdo a las etapas de vida, se notifica principalmente entre los adultos (80%) y adultos mayores (50%), similar distribución entre ambos sexos.

Los casos principalmente proceden del distrito de Puente Piedra (57%) y con grado de instrucción secundaria (36%). Gráfico 3 y 4. Proporciones similares se dan en el periodo 2006-2016.

Para el periodo 2006-2017, la mayor frecuencia de casos en el sexo femenino se agrupó a partir de los 40 años de edad;

Tabla 3.67-3.68 y Gráfico 3.71.

Tabla 3.67. HCLLH: Características sociodemográficas de Registros Hospitalarios de Cáncer, 2006-2016 y 2017.

Características sociodemográficas	2006-2016		2017	
	N°	%	N°	%
Lugar de procedencia				
Puente Piedra	102	63%	24	57%
Ancón	19	12%	6	14%
Carabayllo	10	6%	8	19%
Ventanilla	9	6%	2	5%
Los Olivos	4	2%	0	0%
Lima	3	2%	0	0%
Santa Rosa	3	2%	1	2%
San Martín de Porres	2	1%	0	0%
Otros	11	7%	1	2%
Sexo				
Masculino	66	40%	7	17%
Femenino	97	60%	35	83%
Grado de instrucción				
Sin educación	39	24%	6	14%
Primaria	49	30%	8	19%
Secundaria	44	27%	15	36%
Superior	12	7%	3	7%
Sin dato	19	12%	10	24%
Total	163	100%	42	100%

Fuente: HCLLH - UESA - Registros Hospitalarios de Cáncer
Elaborado: HCLLH - UESA - AIS

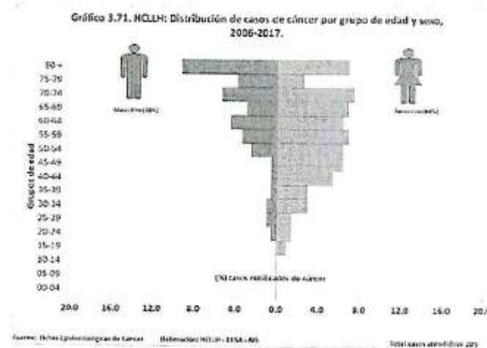


Tabla 3.68. HCLLH: Distribución de casos de cáncer según etapa de vida por sexo, 2006-2017.

Etapas de vida	2006-2016		2017		Total 2017	
	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	N°	%
Niño (0-11 años)	0	0	0	0	0	0%
Adolescente (12-17 años)	0	2	0	0	0	0%
Jóven (18-29 años)	3	5	0	1	1	2%
Adulto (30-59 años)	14	46	3	17	20	48%
Adulto mayor (60 a +)	49	44	4	17	21	50%
Total general	66	97	7	35	42	100%

Fuente: HCLLH - UESA - Vigilancia Epidemiológica de Cáncer
Elaborado: HCLLH - UESA - AIS



Características del Diagnóstico:

La distribución por tipo de referencia, el 100% acude a la institución por iniciativa propia.



La detección del cáncer, como método de primer diagnóstico, se realiza

predominantemente mediante presentación clínica con síntomas en el 100% de los casos, lo que evidencia el diagnóstico tardío de la enfermedad y la baja cobertura de los programas de detección/tamizaje.

Características Topográficas e Histopatológicas:



La topografía indica la localización de origen de una neoplasia, es decir, de dónde proviene el tumor.

Entre el sexo masculino, predomina el cáncer de estómago y glándula prostática; en el sexo femenino, cuello del útero, estómago, piel y colon.

órganos digestivos (44%), órganos genitales femeninos (28%), piel (13%) y órganos genitales masculinos (6%), entre otros.

Durante el año 2017, el 50% de casos se localizan en los órganos genitales femeninos, el 25% a nivel de la piel y el 20% en los órganos digestivos.

De acuerdo a los grandes grupos, los tipos de cáncer más frecuentes a nivel global (periodo 2006-2017) fueron los de los

Tabla 3.69 y Gráfico 3.72.



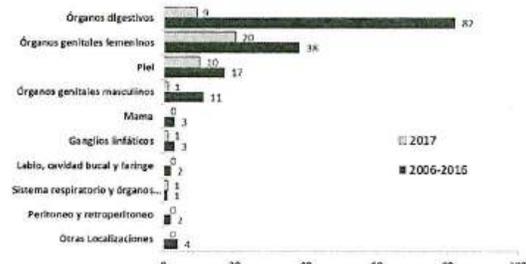
Tabla 3.69. HCLLH: Casos notificados de cáncer según localización topográfica (grandes grupos) y sexo, 2006-2017.

Localización topográfica	2006-2016	2017	Total	%
Órganos digestivos	82	9	91	44.4%
Órganos genitales femeninos	38	20	58	28.3%
Piel	17	10	27	13.2%
Órganos genitales masculinos	11	1	12	5.9%
Mama	3	0	3	1.5%
Ganglios linfáticos	3	1	4	2.0%
Labio, cavidad bucal y faringe	2	0	2	1.0%
Sistema respiratorio y órganos	1	1	2	1.0%
Peritoneo y retroperitoneo	2	0	2	1.0%
Otras Localizaciones	4	0	4	2.0%
Total general	163	42	205	100.0%

Fuente: HCLLH - UESA - Registros Hospitalarios de Cáncer
Elaborado: HCLLH - UESA - AIS

Por localización topográfica específica y sexo (periodo 2006-2017), el cáncer más frecuente se encuentra localizado a nivel del estómago (22%) –con predominio en el sexo masculino; a nivel del cuello de útero (19%); piel (12%) –mayor en el sexo femenino-; colon (7%) –los casos se duplican en el sexo femenino, glándula prostática (5%) y útero (5%), entre otros.

3.72. HCLLH: Casos notificados de cáncer según localización topográfica, 2006-2017.



Fuente: HCLLH - UESA - Registros Hospitalarios de Cáncer

Elaborado: HCLLH - UESA - AIS

Entre el sexo masculino, predomina el cáncer de estómago, glándula prostática y piel; en el sexo femenino, cuello del útero, estómago, piel, colon y útero, similar distribución en el año 2017. Tabla 3.70 y Gráfico 3.73.

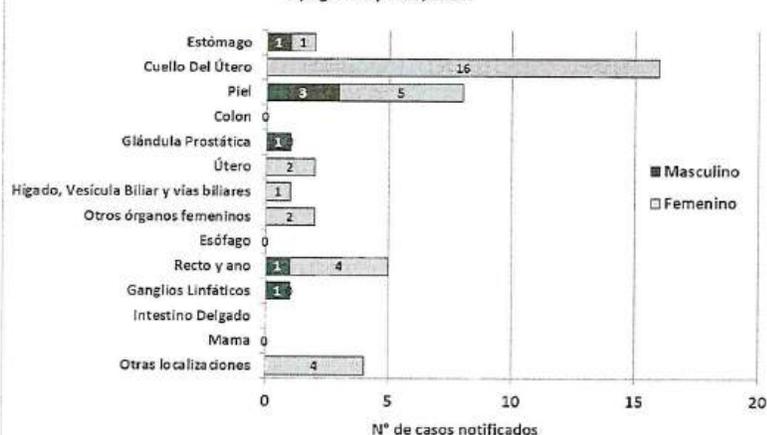
Tabla 3.70. HCLLH: Casos notificados de cáncer según localización topográfica y sexo, 2006-2017.

Localización topográfica	2006-2016		2017		Total 2006-2017	
	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Nº	%
Estómago	26	18	1	1	46	22%
Cuello Del Útero	0	23	0	16	39	19%
Piel	7	10	3	5	25	12%
Colon	5	10	0	0	15	7%
Glándula Prostática	9	0	1	0	10	5%
Útero	0	8	0	2	10	5%
Hígado, Vesícula Biliar y vías biliares	0	7	0	1	8	4%
Otros órganos femeninos	0	7	0	2	9	4%
Esófago	5	1	0	0	6	3%
Recto y ano	4	3	1	4	12	6%
Ganglios Linfáticos	3	0	1	0	4	2%
Intestino Delgado	2	1	0	0	3	1%
Mama	0	3	0	0	3	1%
Otras localizaciones	5	6	0	4	15	7%
Total general	66	97	7	35	205	100%

Fuente: HCLLH - UESA - Registros Hospitalarios de Cáncer

Elaborado: HCLLH - UESA - AIS

Gráfico 3.73. HCLLH: Distribución de casos de cáncer por localización topográfica y sexo, 2017.



Fuente: HCLLH - UESA - Registros Hospitalarios de Cáncer

Total de casos notificados= 42



Indicadores:

La detección del cáncer (como método de primer diagnóstico) se realiza predominantemente mediante presentación clínica con síntomas en el 100% de los casos (2017), lo que evidencia el diagnóstico tardío de la enfermedad.

Ningún caso notificado ha sido diagnosticado por programas de detección o tamizaje; posiblemente por la baja cobertura de estos programas.

El 100% de los casos notificados tienen confirmación histológica, superior al periodo 2006-2016.

En todos los casos se ha determinado el tumor primario.

En ningún caso se ha podido realizar la clasificación TNM (estadío clínico) debido a que la institución no cuenta con médico oncólogo.

El 81% de los casos diagnosticados ha sido referido a establecimientos de salud de mayor nivel de complejidad como el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) u Hospital Cayetano Heredia, superior al periodo 2006-2016.

El 19% de los casos ha recibido tratamiento inicial parcial en nuestra institución, tal como histerectomía total.

Tabla 3.71. HCLLH: Indicadores de Vigilancia de Cáncer, 2006 - 2017.

INDICADORES	2006-2016	2017
Total de casos notificados	163	42
Proporción de casos presentación clínica (con síntomas) como método de primer diagnóstico	93.9%	100.0%
Proporción de casos programa de detección/tamizaje como método de primer diagnóstico	0%	0%
Proporción de casos con verificación histológica	79.9%	100.0%
Proporción de casos de casos con tumor primario desconocido	0.0%	0.0%
Proporción de casos con estadío clínico	0.0%	0.0%
Proporción de casos diagnosticados en el HCLLH recibiendo tratamiento inicial en otro EE.SS.	59.5%	81.0%
Proporción de casos diagnosticados y tratados inicialmente (total o parcial en el HCLLH)	39.3%	19.0%

Fuente: HCLLH - UESA - Registros Hospitalarios de Cáncer
 Modelo adaptado del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas IREN Norte - Registro Hospitalario de Cáncer 2014. Elaborado: HCLLH-UESA-AIS

Del manejo de los pacientes con diagnóstico de cáncer:

A partir del año 2015 la institución cuenta con la Unidad de Displasia Ginecológica, lo que ha mejorado la calidad de atención, diagnóstico e inicio de tratamiento oportuno de las pacientes con problemas ginecológicos oncológicos. Dicha Unidad ha sido creada con el apoyo del Programa Presupuestal de Prevención y Control del Cáncer

El servicio de Anatomía Patológica cuenta con dos médicas patólogas, lo que ha mejorado la oportunidad de entrega de

resultados. Sin embargo, no se cuenta con insumos para realizar exámenes de inmunohistoquímica para la clasificación de algunas neoplasias con alto grado de metástasis de origen incierto. Además, no cuenta con un software para el registro de los resultados, lo que retrasa la notificación oportuna de los casos

Existe una brecha para la entrega de resultados a los pacientes dado que las historias clínicas no cuentan con



información completa para ubicar al paciente.

Se ha coordinado con la Red de Salud Lima Norte IV de la DIRIS Lima Norte y servicio social para la ubicación de pacientes con resultados positivos y así reducir el tiempo de inicio de tratamiento.

No contamos con médicos oncólogos, especialmente en las especialidades de gastroenterología y ginecología, por lo que

existe una brecha en el inicio del tratamiento, lo que conlleva a la demora en recibir el tratamiento oportuno y apropiado.

En Emergencia, existen deficiencias para dar cuidados paliativos a pacientes diagnosticados con cáncer, en tratamiento o en estado terminal.

3.1.5.11. Vigilancia Epidemiológica de Intento de Suicidio

La vigilancia de problemas de salud mental está establecida por Resolución Ministerial N° 496-2016/MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 071-MINSA/CDC-01 "Directiva Sanitaria para la vigilancia de problemas de la salud mental priorizados en establecimientos de salud sentinela y mediante encuesta poblacional", cuya finalidad es contribuir con la prevención y el control de los problemas de salud mental a través de la generación de información epidemiológica oportuna de los establecimientos de salud y de la población peruana para la toma de decisiones.

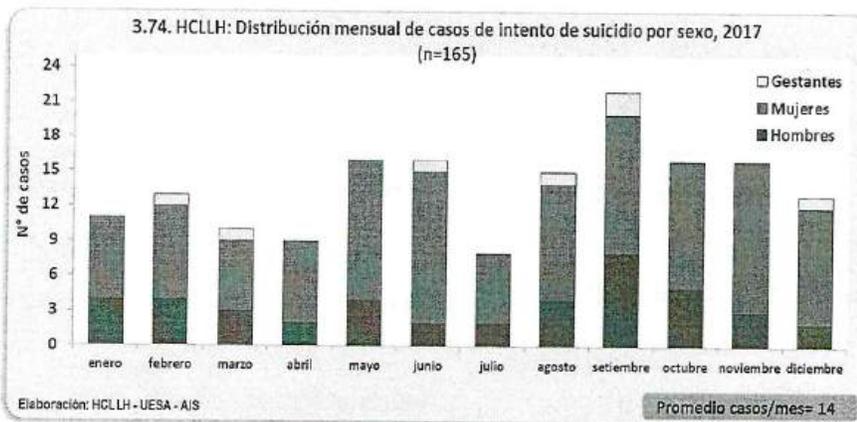
Los problemas de salud priorizados de salud mental son intento de suicidio, episodio depresivo moderado-grave y

primer episodio psicótico, en establecimientos de salud seleccionados que realizan el diagnóstico y atención de estos casos.

"Intento de suicidio es la conducta potencialmente lesiva autoinfligida y sin resultado fatal, para la que existe evidencia, implícita o explícita, de intencionalidad de provocarse la muerte. Dicha conducta puede provocar o no lesiones, independientemente de la letalidad del método".

Durante el año 2017 se ha notificado 165 casos de intento de suicidio, los mismos que ingresan por el servicio de Emergencia con un promedio de 14 casos por mes.

Gráfico 3.74



De las características demográficas:

El 74% de los casos corresponde al sexo femenino, mientras que el 26% al sexo masculino; con una proporción de 3:1 es decir 3 mujeres por cada hombre.

La edad promedio de los casos notificados es de 26 años, con un rango de 10 a 57 años.

La mayor proporción de casos se registra en las etapas de vida joven y adulto, con 49% y 28% respectivamente. Los adolescentes representan la más de la quinta parte de los casos.

De acuerdo al grupo de edad y sexo, entre las mujeres es más frecuente en el grupo de 15-19 años con 22%; entre los varones predomina en grupo de 20-24 años con 9%.

Residen principalmente en el distrito de Puente Piedra (63%), con nivel de estudios secundario (68%) y usuario del SIS (67%).

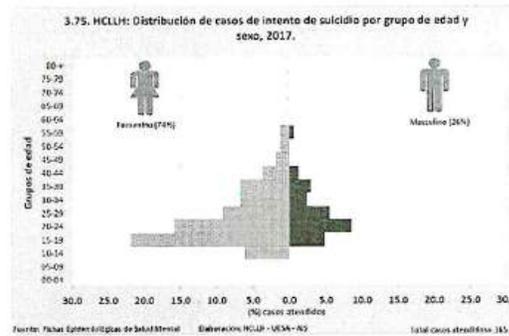


Tabla 3.73. HCLLH: Características demográficas de casos de intento de suicidio, 2016* - 2017.

Características sociodemográficas	2016*		2017	
	N°	%	N°	%
Lugar de procedencia				
Puente Piedra	76	71%	104	63%
Carabayllo	6	6%	26	16%
Ancón	16	15%	18	11%
Ventanilla	5	5%	7	4%
Santa Rosa	1	1%	3	2%
Comas	0	0%	2	1%
Otros	3	3%	5	3%
Sexo				
Masculino	31	29%	43	26%
Femenino	76	71%	122	74%
Grado de Instrucción				
Sin educación	2	2%	3	2%
Inicial	0	0%	0	0%
Primaria	14	13%	10	6%
Secundaria	71	66%	112	68%
Superior	20	19%	40	24%
Seguro de Salud				
SIS	74	69%	110	67%
ESSALUD	4	4%	14	8%
FF.AA.	1	1%	0	0%
Privado	2	2%	1	1%
No tiene	26	24%	40	24%
Total	107	100%	165	100%

Fuente: HCLLH - UESA - Vigilancia Epidemiológica de Salud Mental
Elaborado: HCLLH - UESA - AIS
*Se inicia vigilancia en abril 2016.



Tabla 3.72 - 3.73 y gráfico 3.75.

Tabla 3.72. HCLLH: Distribución de casos de intento de suicidio por sexo, según etapas de vida, 2017.

Etapas de vida	Masculino	Femenino	Total (N°)	Total (%)
Niño (0-11 años)		2	2	1%
Adolescente (12-17 años)	6	29	35	21%
Jóven (18-29 años)	25	56	81	49%
Adulto (30-59 años)	12	35	47	28%
Adulto mayor (60 a +años)	0	0	0	0%
Total	43	122	165	100%

Fuente: HCLLH - UESA - Vigilancia Epidemiológica de Salud Mental
Elaborado: HCLLH - UESA - AIS

Características obstétricas:

Del total de mujeres, se ha registrado 07 casos de intento de suicidio en gestantes (6%), de ellas 2 son adolescentes de 15 y 17 años.

Ningún caso notificado en el puerperio. Tabla 3.74.

Tabla 3.74. HCLLH: Gestantes/puérperas con intento de suicidio, 2016* - 2017.

Características obstétricas	2016*		2017	
	N°	%	N°	%
Gestante				
SI	4	5%	7	6%
NO	62	82%	114	93%
Sin dato	10	13%	1	1%
Puérpera				
SI	1	1%	0	0%
NO	63	83%	119	98%
Sin dato	12	16%	3	2%
Total mujeres	76	100%	122	100%

Fuente: HCLLH - UESA - Vigilancia Epidemiológica de Salud Mental
Elaborado: HCLLH - UESA - AIS
*Se inicia vigilancia en abril 2016.



Antecedentes y Apoyo Emocional de casos de intento de suicidio:

El 42% del total de casos presenta antecedentes de intento de suicidio, el 26% una vez, 8% dos veces y 8,5% más de dos veces.

El 75% de los casos recibe apoyo emocional de alguna persona/familiar, en especial los padres (48%), hermanos (19%) y pareja (15%).

La cuarta parte (25%) no recibe apoyo emocional alguno.

Tabla 3.75 y gráfico 3.76.



Características del evento actual:

Dentro de los **principales motivos** mencionados para el intento de suicidio tenemos que 53% reportan problemas con su pareja/cónyuge, el 35% problemas en su salud mental, el 32% problemas con sus padres, el 21% problemas económicos, entre otros.

Los **medios utilizados** con mayor frecuencia son la intoxicación medicamentosa (51%) y la ingesta de plaguicidas, organofosforados o carbamatos (42%) y en menor proporción por corrosivos (4%), arma blanca y lanzamiento al vacío (2% cada uno).

Las **condiciones de riesgo** observadas con mayor frecuencia fueron los trastornos depresivos (93%), violencia psicológica (50%) y consumo de alcohol (22%); por otro lado, la frecuencia de intentos de suicidio como consecuencia de una enfermedad (Cáncer, VIH, Diabetes, etc.) fue mínima (13%).

Condición final de la atención actual:

El 65% es dado de alta, el 28% estuvo hospitalizado y el 6% solicitó alta voluntaria o fugó.

Tabla 3.75 y gráfico 3.77-3.79.

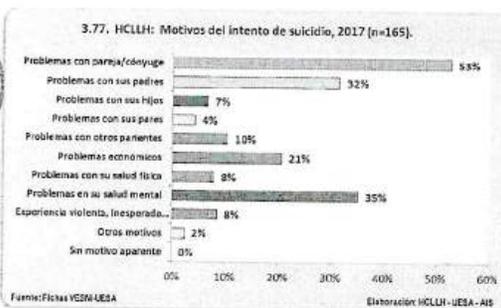
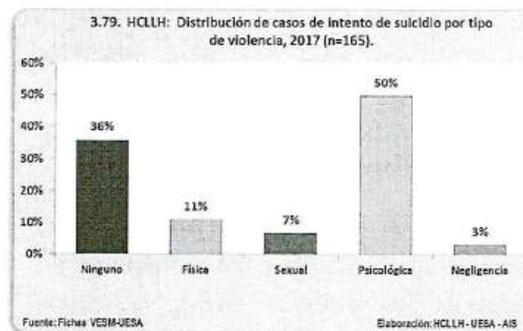


Tabla 3.75. HCLLH: Diagnóstico actual de casos de intento de suicidio, 2016* - 2017.

Diagnóstico actual	2016*		2017	
	N°	%	N°	%
Diagnóstico psiquiátrico				
Ninguno	6	6%	6	4%
Episodio depresivo	64	60%	57	35%
Esquizofrenia	4	4%	1	1%
Alcoholismo	1	1%	3	2%
Trastorno depresivo recurrente	33	31%	95	58%
Otro	0	0%	7	4%
Diagnóstico otra enfermedad				
Ninguno	85	79%	144	87%
TBC	1	1%	0	0%
VIH/SIDA	1	1%	2	1%
Cáncer	1	1%	1	1%
Otro	9	8%	10	6%
Tipo de violencia				
Ninguno	24	22%	59	36%
Física	19	18%	18	11%
Sexual	11	10%	11	7%
Psicológica	57	53%	82	50%
Negligencia	5	5%	5	3%
Total	107	100%	165	100%

Fuente: HCLLH - UESA - Vigilancia Epidemiológica de Salud Mental
Elaborado: HCLLH - UESA - AIS



De los indicadores de vigilancia de casos de intento de suicidio:

La edad promedio de la persona en el intento actual es de 26 años y, 20 años como promedio en su primer intento. Distribución similar al año anterior.

El 42% de los casos tenía como antecedente 2 o más episodios de intento de suicidio.

El porcentaje de personas que tuvieron un intento de suicidio y que consumían sustancias psicoactivas es de 27%.

El porcentaje de personas que tuvieron un intento de suicidio que sufrían algún tipo de violencia es de 64%.

El porcentaje de mujeres que tuvieron intento de suicidio durante la gestación, parto o puerperio es de 6%.

El 6% llegó a cumplir totalmente el paquete mínimo de atenciones por cada caso.

Tabla 3.76.

Tabla 3.76. HCLLH: Indicadores de vigilancia de casos de intento de suicidio, 2016* - 2017.

Indicadores de Vigilancia Intento de Suicidio	2016*	2017
Casos de intento de suicidio	107	165
Edad promedio de la persona en el intento actual	25	26
Edad promedio del primer intento de suicidio	23	20
% pacientes con antecedente de 2 o más intentos	47%	42%
% personas que tuvieron un intento de suicidio y que consumían sustancias psicoactivas	56.1%	26.7%
% personas que tuvieron un intento de suicidio que sufrían violencia	77.6%	64.2%
% de mujeres que tuvieron intento de suicidio durante la gestación, parto o puerperio	6.6%	5.7%
% pacientes que recibieron paquete mínimo de intervenciones	1.9%	5.6%

Fuente: HCLLH - UESA - Vigilancia Epidemiológica de Salud Mental
Elaborado: HCLLH - UESA - AIS

*Se inicia vigilancia en abril 2016.

Del seguimiento del caso:

Actividad que tiene como objetivo establecer el cumplimiento del paquete mínimo de atenciones indicado, así como, la evolución y la respuesta al tratamiento.

En el caso de intento suicida, se realiza a los tres meses después de la atención del paciente en emergencia. El paquete

mínimo de atenciones incluye dos consultas médicas de salud mental, una consulta psicológica, dos sesiones de psicoterapias individuales y una sesión de terapia familiar.

Respecto al cumplimiento del paquete mínimo de atenciones por cada caso, el



año 2017 sólo el 6% llegó a cumplir totalmente el paquete, el 94% cumplió parcialmente similar distribución al año 2016.

La evolución, condición del paciente después de los tres meses de la atención en emergencia por motivo de intento suicida.

El 94% abandonó el tratamiento, sólo el 4,5% tuvo evolución favorable y 1% resultó de alta.

Tabla 3.77.

Tabla 3.77. HCLLH: Seguimiento de casos de intento de suicidio, 2016-2017.

Características	2016*		2017	
	N°	%	N°	%
Seguimiento				
SI	107	100%	89	54%
NO	0	0%	76	46%
Cumplimiento de Paquete mínimo de atenciones				
Totalmente	2	1.9%	5	5.6%
Parcialmente	105	98%	84	94%
Desconocido	0	0%	0	0%
Evolución				
Favorable	1	0.9%	4	4.5%
Desfavorable sin repetición de	3	2.8%	0	0.0%
Alta	1	0.9%	1	1.1%
Desfavorable con repetición de	1	0.9%	0	0.0%
Abandono de tratamiento	101	94.4%	84	94.4%
Total seguimientos	107		89	

Fuente: HCLLH - UESA - Vigilancia Epidemiológica de Salud Mental
Elaborado: HCLLH - UESA - AIS

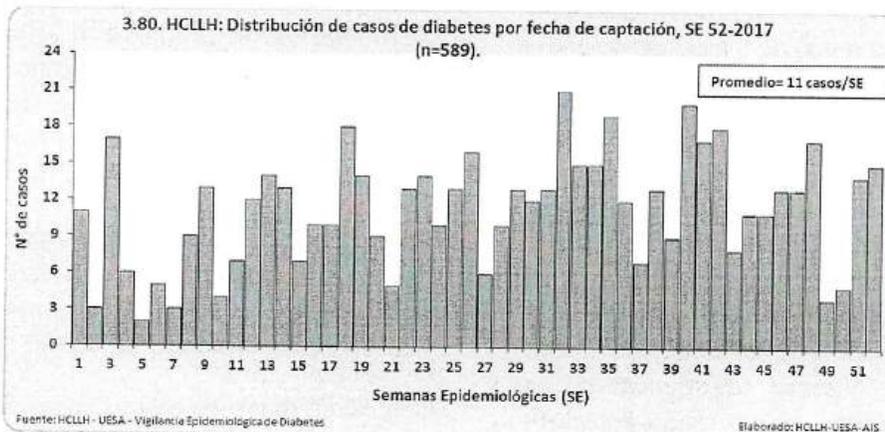
3.1.5.12. Vigilancia Epidemiológica de Diabetes Mellitus

La notificación obligatoria de casos de diabetes está establecida por la Resolución Ministerial N° 961-2014/MINSA, que aprobó la Directiva Sanitaria N° 060-MINSA/DGE-V.01. Directiva Sanitaria para la Vigilancia Epidemiológica de Diabetes en Establecimientos de Salud"; se basa en el recojo periódico y sistemático de información de las atenciones hospitalarias de los pacientes con diabetes.

En el presente análisis se ha considerado principalmente los casos captados en los

servicios de emergencia y hospitalización, debido a la escasa información disponible en las historias clínicas de consulta externa, primordialmente por subregistro de datos.

Durante el año 2017 el Sistema de Vigilancia de Diabetes ha notificado 589 casos de diabetes, con un promedio de 11 casos captados por semana epidemiológica; y 49 casos por mes triplicando los casos captados en el año 2016, donde se notificaron 188 casos (4 casos/SE). Gráfico 3.80.



Características sociodemográficas:

La edad promedio de los pacientes fue de 57 años con un rango de 14 a 94 años; los

casos se concentraron en el grupo de adultos (53%) y adultos mayores (45%),

los casos se presentan principalmente después de los 40 años, en ambos sexos. El 61% corresponden al sexo femenino.

Principalmente proceden del distrito de Puente Piedra (67%). El 83% cuenta con acceso a un seguro de salud, el 82% es tiene cobertura por el SIS/AUS, apenas el 0,5% tiene ESSALUD. Tabla 3.78-3.79 y gráficos 3.81.

Tabla 3.78. HCLLH: Características demográficas de casos notificados de Diabetes, 2016-2017.

Características sociodemográficas	2016		2017	
	N°	%	N°	%
Sexo				
Masculino	66	35%	230	39%
Femenino	122	65%	359	61%
Distrito de procedencia				
Puente Piedra	133	71%	397	67%
Ancón	23	12%	61	10%
Carabayllo	16	9%	59	10%
Ventanilla	5	3%	28	5%
Otros	11	6%	44	7%
Seguro de salud				
Ninguno	26	14%	103	17%
SIS/AUS	158	84%	483	82%
EsSalud	3	2%	3	0.5%
Privado	1	1%	0	0%
Total	188	100%	589	100%

Fuente: HCLLH - UESA - Vigilancia Epidemiológica de Diabetes
Elaborado: HCLLH-UESA-AIS

Características clínicas de los casos:

Al momento de captación por el sistema de vigilancia, el 91% de los casos tenía diagnóstico previo (prevalentes); el tiempo promedio desde el diagnóstico hasta la fecha en que son captados por el Sistema de Vigilancia de Diabetes es de 8 años, con un rango de 5 meses a 40 años.

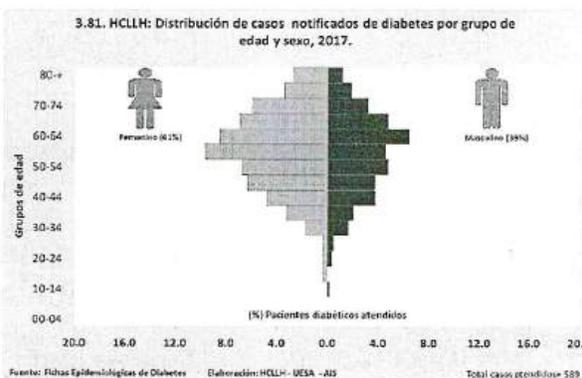
El 98% de los casos registrados corresponden a **Diabetes tipo 2**, el 1% a Diabetes tipo 1, 0,7% a Diabetes gestacional; similar distribución que el año 2016.

Niveles de Glicemia al momento de la atención: El 72% de los casos cuenta con valores de glicemia registrados en las historias clínicas, en un rango entre 20-607 mg/dL y un promedio de 268 mg/dL. Cerca de la tercera parte no cuenta con resultados visibles en las historias clínicas.

Tabla 3.79. HCLLH: Distribución de casos notificados de Diabetes por sexo, según etapas de vida, 2017.

Etapas de vida	Masculino	Femenino	Total (N°)	Total (%)
Niño (0-11 años)	0	0	0	0%
Adolescente (12-17 años)	1	1	2	0%
Jóven (18-29 años)	5	5	10	2%
Adulto (30-59 años)	121	191	312	53%
Adulto mayor (60 a +años)	103	162	265	45%
Total	230	359	589	100%

Fuente: HCLLH - UESA - Vigilancia Epidemiológica de Diabetes
Elaborado: HCLLH-UESA-AIS



Fuente: Fichas Epidemiológicas de Diabetes
Elaboración: HCLLH - UESA - AIS
Total casos atendidos: 589

El 62% de todos los casos corresponden a niveles de glicemia ≥ 130 mg/dL (87% de los casos entre los que tienen resultados de glicemia), el 10% cuentan con valores < 130 mg/dL.

La **hemoglobina glicosilada (HbA1c)** es un parámetro de laboratorio que permite valorar el grado de control metabólico de las personas con diabetes mellitus y la adherencia al tratamiento.

Sólo el 6,6% de los casos registrados cuenta con valores de hemoglobina glicosilada, los resultados varían entre 5% y 16%, con un promedio de 9,1%;

El 4,9% de todos los casos tienen valores $\geq 7\%$ (74% de los casos entre los que tienen resultados de HbA1c); el 1,7% de los casos tiene valores $< 7\%$ (26% de los casos entre los que tienen resultados de HbA1c).



Estado al momento de la captación del caso: Dado que más del 90% de los casos notificados han sido captados en el servicio de emergencia y hospitalización, el 51% se encontraba descompensado y el 43% complicado. Tabla 3.

Tabla 3.80. HCLLH: Características clínicas de casos notificados de Diabetes, 2016-2017.

Características clínicas	2016		2017	
	N°	%	N°	%
Tipo de caso				
Caso nuevo (incidente)	35	19%	54	9%
Caso prevalente	153	81%	535	91%
Tipo de Diabetes				
Tipo 1	1	1%	7	1%
Tipo 2	174	93%	576	98%
Gestacional	2	1%	4	0.7%
Secundaria	0	0%	0	0%
Pre-diabetes	2	1%	0	0%
No clasificada	9	5%	2	0.3%
Nivel de Glicemia				
< 130 mg/dl	29	15%	56	10%
≥ 130 mg/dl	143	76%	365	62%
Sin dato	16	9%	168	29%
Hemoglobina glicosilada				
HbA1c < 7.0%	4	2%	10	1.7%
HbA1c ≥ 7.0%	15	8%	29	4.9%
Sin dato	169	90%	550	93%
Estado al momento de captación del caso				
Sin dato	5	3%	0	0%
Controlado/estable	29	15%	23	4%
Complicado	55	29%	253	43%
Muerto	3	2%	13	2%
Descompensado	96	51%	300	51%
Tratamiento medicamentoso				
NO	41	22%	220	37%
SI	147	78%	369	63%

Fuente: HCLLH - UESA - Vigilancia Epidemiológica de Diabetes
Elaborado: HCLLH-UESA-AIS

Tratamiento medicamentoso: El 63% de los casos notificados recibe algún tipo de tratamiento. 36,5% utiliza metformina, 5,1% sulfonilureas y el 36% insulina NPH.

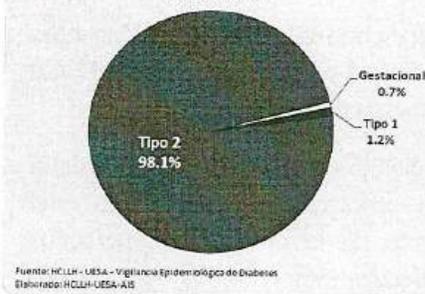
Tabla 380-3.81 y gráfico 3.82.

Tabla 3.81. HCLLH: Tipo de medicamentos utilizados en casos de Diabetes, 2017.

Tipo de medicamentos	2017	
	N°	%
Metformina	215	36.5%
Sulfonilureas	30	5.1%
Insulinas humanas	212	36.0%
Inhibidores DPP-IV	0	0.0%
Insulinas análogas	0	0.0%
Glitazonas	0	0.0%
Glifozinas	0	0.0%
Agonistas de receptores GLP1	0	0.0%
Otras	0	0.0%
Total	589	100%

Fuente: HCLLH - UESA - Vigilancia Epidemiológica de Diabetes
Elaborado: HCLLH-UESA-AIS

Gráfico 3.82 . HCLLH: Distribución por tipos de diabetes, 2017.



Fuente: HCLLH - UESA - Vigilancia Epidemiológica de Diabetes
Elaborado: HCLLH-UESA-AIS

Complicaciones microvasculares/macrovasculares y Comorbilidad:

Un caso está complicado cuando presenta signos o síntomas de alguna complicación propia de la diabetes. Esta complicación se evalúa al momento que el caso es captado por el sistema de vigilancia, y permite valorar la oportunidad de la detección del caso, el cumplimiento del tratamiento y la respuesta a este.

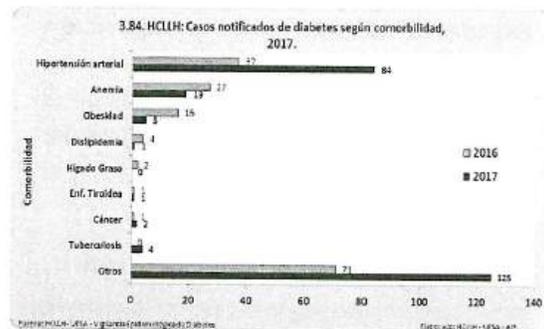
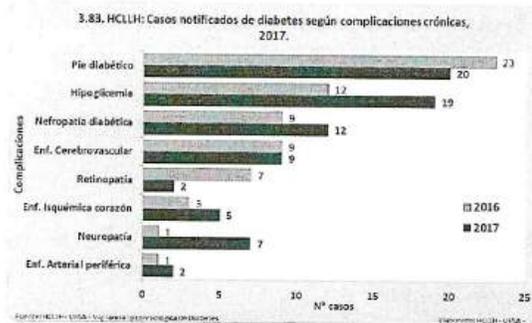
Al momento de la captación del caso, el 2,5% de los casos presentó alguna complicación secundaria a la Diabetes.

Entre las complicaciones más frecuentes tenemos pie diabético (3,4% del total de casos notificados), hipoglicemia (3,2%),

nefropatía diabética (2%) y enfermedad cerebrovascular (1,5%), neuropatía (1,2%), entre otros.

Las patologías más frecuentes que presentan los pacientes con diabetes al momento de la captación del caso fueron hipertensión arterial (14%), anemia (3%), y obesidad (1%), dislipidemia (1%); en el grupo de otros tenemos con mayor frecuencia a la infección del tracto urinario, cefalea, síndrome doloroso abdominal, gastroenterocolitis, entre otros.

Gráfico 3.83-3.84.



Indicadores de Vigilancia Epidemiológica de Diabetes

Durante el año 2017 se ha mejorado la captación de casos, se han notificado 3 veces más casos que el año 2016. Debido a incremento de personal para el área de vigilancia y notificación de casos.

De los 589 casos notificados durante el presente año, el 9,2% son casos incidentes, mientras que el 90,8% son prevalentes.

El 97,8% tienen diagnóstico de Diabetes tipo 2 mientras que el 1,2% tipo 1 y 0,7% tiene diabetes gestacional.

La hemoglobina glicosilada es una prueba para el control y seguimiento del tratamiento de la diabetes en personas diagnosticadas. Sólo el 6,6% tiene acceso a la prueba de hemoglobina glicosilada.

El 86,7% de los casos tiene niveles de glicemia $\geq 130\text{mg/dL}$; mientras que el 74,4% de entre los que tienen hemoglobina glicosilada tiene niveles $\geq 7\%$.

El 12,6% de los casos captados tiene alguna complicación secundaria a diabetes.

Pendiente el seguimiento de casos, debido a fallas en el sistema de notificación, el CDC/MINSA ha determinado no ingresar hasta que mejore el sistema web.

Tabla 3.82. HCLLH: Indicadores de Vigilancia de Diabetes, 2016 - 2017.

INDICADORES	2016	2017
Total de casos notificados	188	589
Proporción de casos incidentes registrados	18.6%	9.2%
Proporción de casos prevalentes registrados	81.4%	90.8%
Proporción de casos de diabetes tipo 1	0.5%	1.2%
Proporción de casos de diabetes tipo 2	92.6%	97.8%
Proporción de casos de diabetes gestacional	1.1%	0.7%
Proporción de casos de prediabetes	1.1%	0.0%
Proporción de casos con prueba de hemoglobina glicosilada (HbA1c)	10.1%	6.6%
Proporción de casos con glicemia $\geq 130\text{mg/dl}$	83.1%	86.7%
Proporción de casos con HbA1c $\geq 7\%$	78.9%	74.4%
Proporción de casos complicados	35.6%	12.6%

Fuente: HCLLH-UESA-Vigilancia Diabetes

Elaborado: HCLLH-UESA-AIS



3.1.5.13. Vigilancia Epidemiológica de Intoxicación por Plaguicidas

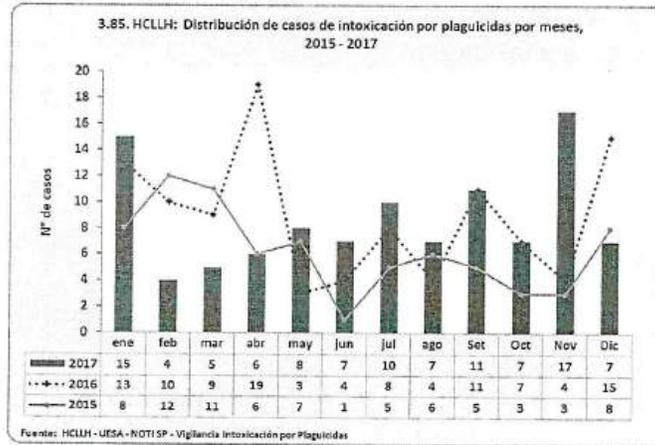
La notificación de casos de plaguicidas está establecida por la Resolución Ministerial N° 649-2014/MINSA, que aprobó la Norma Técnica N° 109-MINSA/DGE-V.01 Norma Técnica de Salud que establece la Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública del riesgo de exposición e intoxicación por plaguicidas, consiste en la identificación, recolección,

procesamiento, investigación, análisis, interpretación y difusión de la información sobre la situación epidemiológica y factores de riesgo de exposición e intoxicación por plaguicidas para orientar las intervenciones en la prevención y control.

En el periodo 2012-2017 se ha notificado 528 casos de intoxicación por plaguicidas,

con un promedio de 88 casos anuales, el 71,4% de los casos tienen como lugar de residencia el distrito de Puente Piedra,

10,8% Carabaylo, 7,2% Ancón y Ventanilla 6,4%, entre otros. Gráfico 3.85.



De las características demográficas:

Durante el año 2017 el Sistema de Vigilancia de Intoxicación por Plaguicidas ha notificado 104 casos de intoxicación por plaguicidas, con un promedio de 9 casos por mes y 2 casos por semana epidemiológica.

La edad promedio de los pacientes al momento en que son captados por el sistema de vigilancia es de 22 años, con un rango de 1-79 años, principalmente antes de los 29 años en ambos sexos; los casos se concentraron en el grupo de jóvenes (33%) y niños (27%).

El 55% corresponden al sexo femenino mientras que el 45% al sexo masculino.

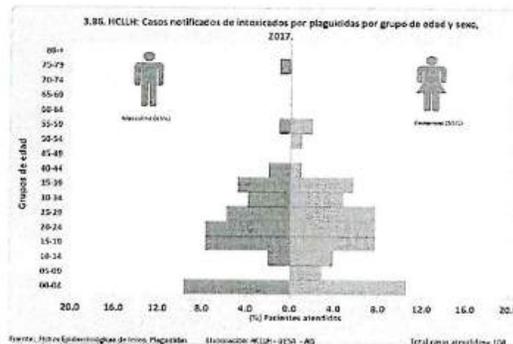
El 72% de casos reportados residen en el distrito de Puente Piedra y tienen como grado de instrucción secundaria (45%). El 73% cuenta con acceso a un seguro de salud, el 66% tiene cobertura por el SIS/AUS, entre otros. Sólo se registra un caso en gestantes (por intento de suicidio).

Tabla 3.83. y gráfico 3.86-3.87.

Tabla 3.83. HCLLH: Características demográficas de casos de intoxicación por plaguicidas, 2017.

Características sociodemográficas	2017	
	Nº	%
Lugar de procedencia		
Puente Piedra	75	72%
Carabaylo	11	11%
Ancón	8	8%
Ventanilla	6	6%
Otros Distritos	4	4%
Sexo		
Masculino	47	45%
Femenino	57	55%
Grado de Instrucción		
Sin educación	31	30%
Inicial	4	4%
Primaria	8	8%
Secundaria	47	45%
Superior	6	6%
Seguro de Salud		
SIS	69	66%
ESSALUD	7	7%
FF.AA.	0	0%
Privado	0	0%
No tiene	28	27%
Gestante		
SI	1	1%
NO	0	0%
Total	104	100%

Fuente: HCLLH - UESA - Vigilancia Epidemiológica de Intoxicación por Plaguicidas
 Diagramado: HCLLH - UESA - AIS

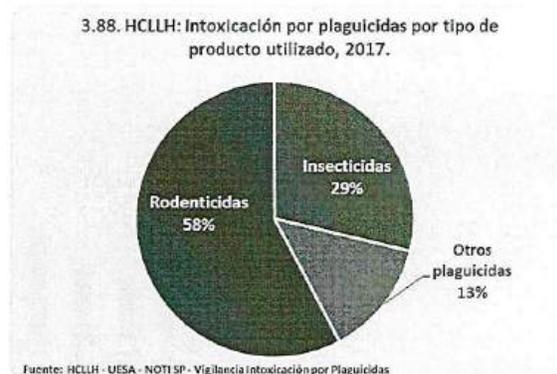


De los factores de riesgo epidemiológicos:

El uso de rodenticidas es el tipo de producto más implicado en la intoxicación por plaguicidas en el 58% de los casos, 25% por insecticidas tipo veneno para moscas.

Las circunstancias que generan la intoxicación, el 66% es voluntaria (intento suicida); 30% accidental no laboral, en especial en los niños; 3% provocada (intento de homicidio) y 1% laboral.

Gráficos 3.88-3.89.



Fuente: HCLLH - UESA - NOTI SP - Vigilancia Intoxicación por Plaguicidas



Fuente: HCLLH - UESA - NOTI SP - Vigilancia Intoxicación por Plaguicidas



De las características clínicas:

El 94% de los casos tiene la vía oral como principal de vía de exposición, 7% respiratoria (inhalación de spray insecticida), 3% a través de la piel y 1% por mucosas/ocular.

En el 79% la intoxicación fue leve (con una estancia de 1 día en promedio), el 20% fue moderado, 1% grave (con desenlace fatal).

En ningún caso se realiza exámenes toxicológicos.

Todos los casos ingresaron por el servicio de Emergencia, el 5% quedó hospitalizado.

De acuerdo al tratamiento o antídoto recibido, al 79% de los casos se realizó lavado gástrico, el 63% recibió atropina y 48% fitomenadiona o Vitamina K1.

El 99% salió de alta, 1% se refirió a establecimiento ESSALUD y 1% falleció.

Todos los casos tienen confirmación clínico epidemiológica.

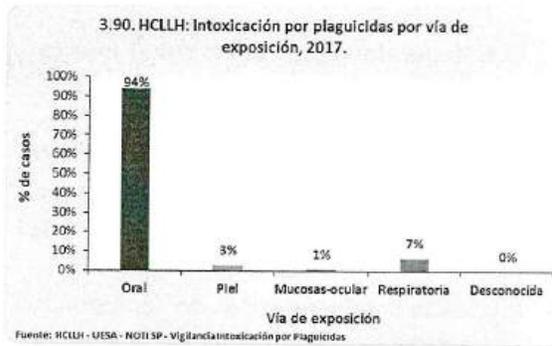
Tabla 3.84, gráficos 3.90-3.91.



Tabla 3.84. HCLLH: Características clínicas de casos de intoxicación por plaguicidas, 2017.

Características clínicas	2017	
	N°	%
Vía de exposición		
Oral	98	94%
Piel	3	3%
Mucosas-ocular	1	1%
Respiratoria	7	7%
Desconocida	0	0%
Tipo de intoxicación		
Leve	82	79%
Moderada	21	20%
Grave	1	1%
Exámenes toxicológicos		
SI	0	0%
NO	104	100%
Destino del intoxicado		
Ambulatorio	0	0%
Emergencia-observación	99	95%
Hospitalizado	5	5%
Tratamiento recibido / Antídoto		
Lavado gástrico	82	79%
Atropina	65	63%
Vitamina K1	50	48%
Otros	0	0%
Ninguno	6	6%
Evolución del intoxicado		
Alta	102	98%
Referido	1	1%
Fallecido	1	1%
Diagnóstico final		
Confirmación clínica-epidemiológica	104	100%
Confirmación por laboratorio	0	0%
Descartado	0	0%
Total	104	100%

Fuente: HCLLH - UESA - Vigilancia Epidemiológica de Intoxicación por Plaguicidas
Elaborado: HCLLH - UESA - AIS



Indicadores de Vigilancia Epidemiológica:

Durante el año 2017, de los 104 casos notificados se tiene una tasa de hospitalización de 5% y tasa de letalidad de 1%.

El 100% de los casos notificados tiene investigación y ficha clínica-epidemiológica.

No se tomaron ni solicitaron pruebas de laboratorio para confirmación de casos.

Las situaciones de alerta incluyen casos de intoxicación en menores de 15 años, conglomerados, mujeres embarazadas o lactantes y muertes, se identificaron 34 casos todos fueron investigados.

En el presente periodo no se han identificado brotes por intoxicación de plaguicidas. Tabla 3.85.



Tabla 3.85. HCLLH: Indicadores de vigilancia de casos de intoxicación por plaguicidas, 2017.

Indicadores de Vigilancia	2017
Total de casos notificados	104
Edad promedio de la persona en la intoxicación	22
Tasa de hospitalización	5%
Tasa de letalidad	1%
Proporción de casos notificados con ficha clínica-epidemiológica	100%
Proporción de muestras de laboratorio tomadas	0%
Proporción de situaciones de alerta investigada	100%
Proporción de brotes identificados e investigados	No hubo brotes

Fuente: HCLLH - UESA - Vigilancia Epidemiológica de Intoxicación por Plaguicidas
Elaborado: HCLLH - UESA - AIS

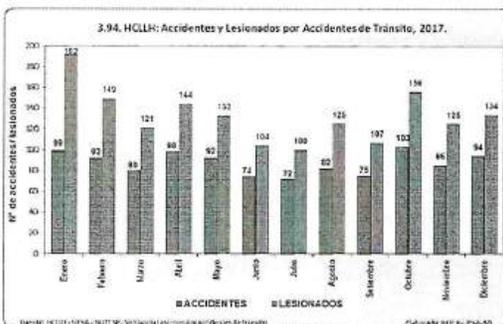
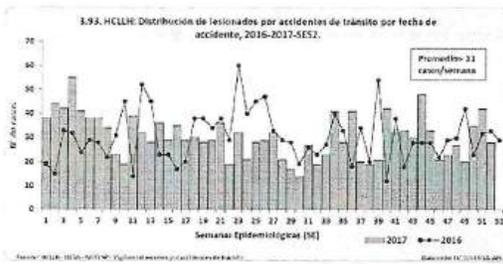
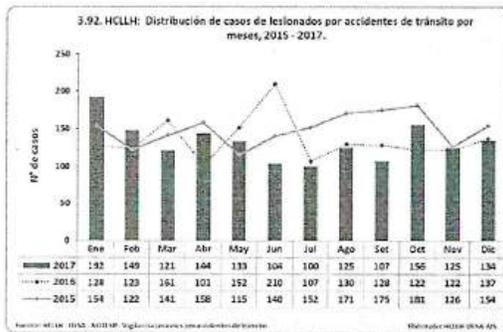
3.1.5.14. Vigilancia de Lesiones por accidentes de tránsito

El Sistema de vigilancia en Salud Pública de lesiones por accidentes de tránsito cuenta con la Norma Técnica N° 055-MINSA/DGE-V.01 aprobado con RM N° 308-2007/MINSA. El objetivo principal del Sistema de Vigilancia de Lesiones por Accidentes de Tránsito es monitorear la tendencia y características de las lesiones por accidentes de tránsito en el País, a partir de la recolección oportuna y confiable de los datos, con el fin de poner a disposición de las autoridades sanitarias y las de otras instituciones involucradas en el tema de accidentes de tránsito de los diferentes niveles del gobierno para orientar estrategias de prevención e intervenciones que favorezcan la reducción de los accidentes de tránsito.

Durante el periodo 2015-2017 se ha notificado 5000 casos de lesionados por accidentes de tránsito, con un promedio 1667 lesionados por año, 139/mes y 31/semana epidemiológica.

En el año 2017 se ha notificado 1590 lesionados por accidentes de tránsito (2% menos que el año anterior) de los 1046 accidentes de tránsito registrados, con un promedio de 2 lesionados/accidente.

En el 62% de los casos los accidentes ocurrieron en horas del día entre las 06-11 horas (31%) y 12-17 horas (30%). La mayoría de los accidentes ocurrieron los fines de semana (33%) y con menor frecuencia los días lunes.



3.86. HCLLH: Accidentes y lesionados por accidentes de tránsito, 2017.

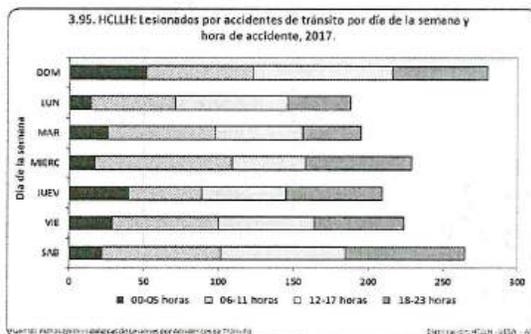
MES	ACCIDENTES	LESIONADOS	Promedio de lesionados por accidente
Enero	99	192	2
Febrero	92	149	2
Marzo	80	121	2
Abril	98	144	1
Mayo	92	133	1
Junio	74	104	1
Julio	72	100	1
Agosto	82	125	2
Setiembre	75	107	1
Octubre	103	156	2
Noviembre	85	125	1
Diciembre	94	134	1
Total general	1046	1590	1.5

Fuente: HCLLH - UESA - V.E. Lesiones por Accidentes de Tránsito
Elaborado: HCLLH-UESA-AIS

3.87. HCLLH: Lesionados por accidentes de tránsito por día de la semana según hora de accidente, 2017.

HORA	DÍA DE LA SEMANA						TOTAL	N°	%
	DOM	LUN	MAR	MERC	JUEV	VIE			
00-05 horas	52	15	26	17	40	29	22	201	13%
06-11 horas	71	56	72	92	49	71	80	491	31%
12-17 horas	93	75	58	49	56	64	83	478	30%
18-23 horas	64	42	39	71	64	60	80	420	26%
Total general	280	188	195	229	209	224	285	1590	100%
	18%	12%	12%	14%	13%	14%	17%		

Fuente: HCLLH - UESA - V.E. Vigilancia Epidemiológica de Lesiones por Accidentes de Tránsito
Elaborado: HCLLH-UESA-AIS



De las características de los lesionados:

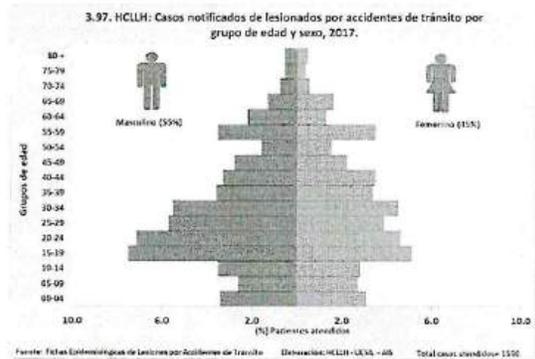
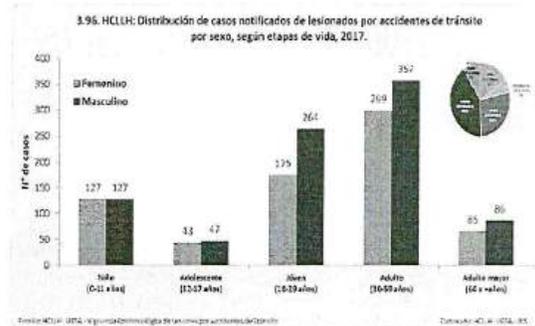
La edad promedio es de 32 años, con un rango de 1 mes a 92 años, el 55% de los lesionados pertenece al sexo masculino y el 45% al sexo femenino. La mayor proporción se registró en los grupos desde 15 a 34 años, siendo el grupo de 15 a 19 años es el más afectado, en ambos sexos.

La mayor proporción de lesionados se presentó a la etapa de vida adulto (41%) y etapa de vida joven (28%) en ambos sexos.

Lugar de residencia de los lesionados: El 64% de los casos se reside en el distrito de Puente Piedra, 7% en Ventanilla y Carabayllo. 6% Ancón, entre otros.

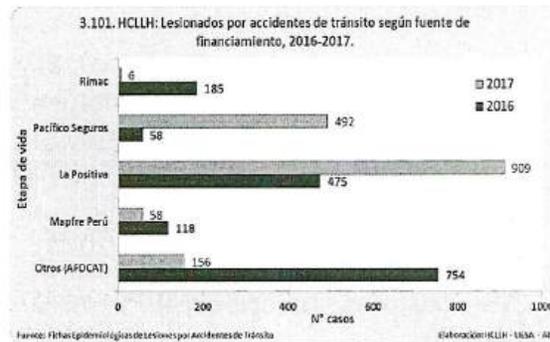
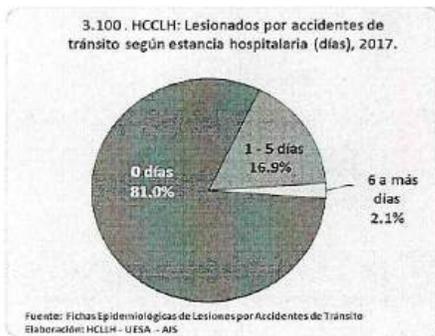
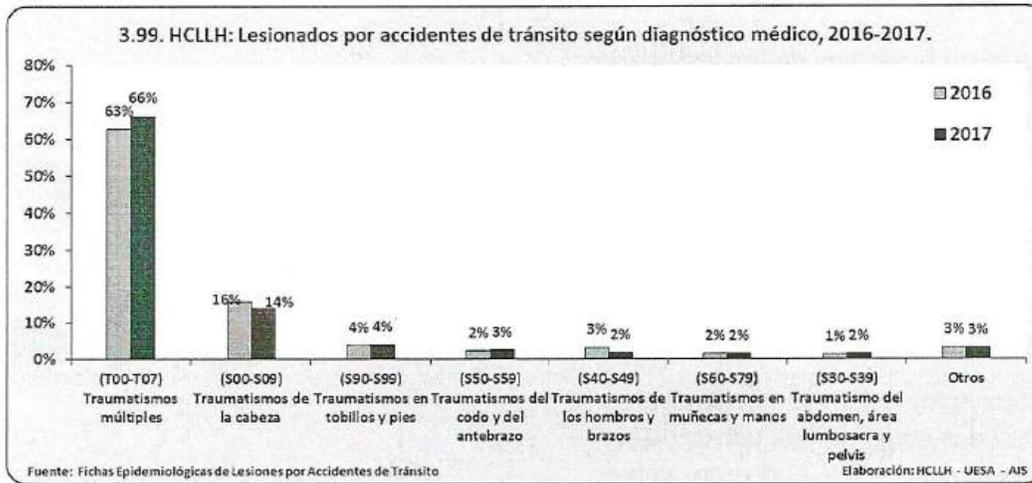
Por la ubicación del lesionado, el 57% de los pacientes atendidos son pasajeros, el 23% peatones (atropellados) y 20% conductor.

Gráficos 3.96-3.99.



Fuente de financiamiento: El 100% de los lesionados tuvieron cobertura del SOAT, entre las principales aseguradoras: 47% por AFOCAT (Asociaciones de Fondos Regionales o Provinciales contra Accidentes de Tránsito), el 30% La Positiva, 12% Rímac, 7% Mapfre Perú y 3,6% Pacífico Seguros.





De las características de los Accidentes:

Durante el año 2017 se atendieron 1590 lesionados de 1046 accidentes de tránsito registrados, con una relación de 2 lesionados por accidente de tránsito.

Según tipo de accidente, el 44% corresponde a choques entre vehículos motorizados, el 33% a atropellos, el 10% a caídas de ocupante (dentro y fuera del vehículo), 9% a despistes, 4% a volcaduras.

Los choques de vehículos motorizados reportan 842 lesionados que corresponde al 53% del total de lesionados.

Los atropellos originan la tercera parte de los accidentes con 369 (23%) lesionados.

En tercer lugar, lo constituyen los despistes con 12% de los lesionados.

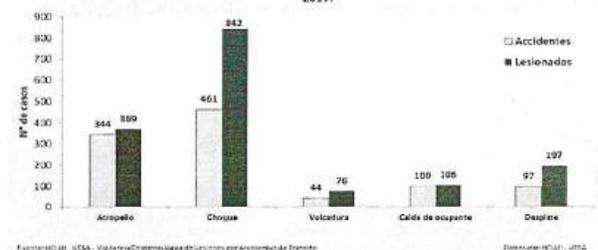
En menor proporción, las volcaduras y caídas de ocupante reportan el 5 y 7 % de los lesionados.

3.88. HCLLH: Distribución de lesionados y accidentes de tránsito por tipo de accidente, 2017.

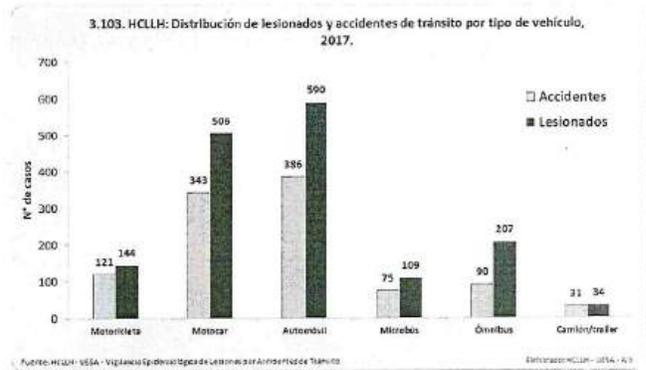
Tipo de accidente	Accidentes		Lesionados		Relación (lesionados/Accidente)
	N°	%	N°	%	
Atropello	344	33%	369	23%	1
Choque	461	44%	842	53%	2
Volcadura	44	4%	76	5%	2
Caída de ocupante	100	10%	106	7%	1
Despiste	97	9%	197	12%	2
Total	1046	100%	1590	100%	2

Fuente: HCLLH - UESA - Vigilancia Epidemiológica de Lesiones por Accidentes de Tránsito
Elaboración: HCLLH-UESA-AIS

3.102. HCLLH: Distribución de lesionados y accidentes de tránsito por tipo de accidente, 2017.



Tipo de vehículo involucrado: Más de la tercera parte (37%) de los accidentes de tránsito fue ocasionado por automóviles, el 33% de los accidentes fue ocasionado por motocar o mototaxi, el 12% fue ocasionado por motocicleta, el 9% fue ocasionado por ómnibus, 7% por microbús de transporte público y 3% por camión o tráiler.



3.89. HCLLH: Distribución de lesionados y accidentes de tránsito por tipo de vehículo, 2017.

Tipo de vehículo	Accidentes		Lesionados		Relación Lesionados/Vehículo
	N°	%	N°	%	
Motocicleta	121	12%	144	9%	1
Motocar	343	33%	506	32%	1
Automóvil	386	37%	590	37%	2
Microbús	75	7%	109	7%	1
Ómnibus	90	9%	207	13%	2
Camión/tráiler	31	3%	34	2%	1
Total	1046	100%	1590	100%	2

Fuente: HCLLH - UESA - Vigilancia Epidemiológica de Lesiones por Accidentes de Tránsito
Elaborado: HCLLH-UESA-AIS



Tipo de accidente vs tipo de vehículo:

Los atropellos y choques son ocasionados principalmente por automóviles (51%) y motocar/mototaxis (31%).

Las volcaduras ocurren principalmente por motocar/mototaxis (75%).

Las caídas de ocupante ocurren dentro o fuera de vehículos grandes tipo ómnibus (43%) y microbús (29%).

Los despistes suceden principalmente por motocicleta (42%), automóvil (25%) y motocar o mototaxis (16%).

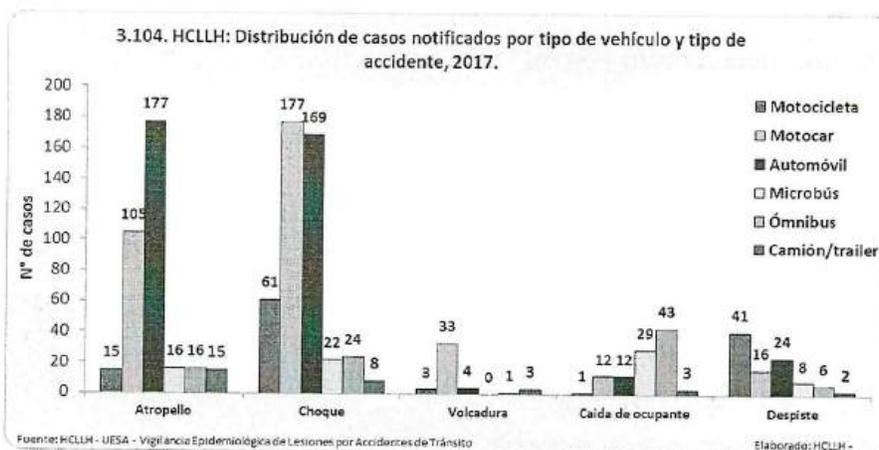


3.90. HCLLH: Distribución de accidentes notificados por tipo de vehículo y tipo de accidente, 2017.

Tipo de accidente	Tipo de vehículo												Total	
	Motocicleta		Motocar		Automóvil		Microbús		Ómnibus		Camión/tráiler		N°	%
Atropello	15	4%	105	31%	177	51%	16	5%	16	5%	15	4%	344	100%
Choque	61	13%	177	38%	169	37%	22	5%	24	5%	8	2%	461	100%
Volcadura	3	7%	33	75%	4	9%	0	0%	1	2%	3	7%	44	100%
Caída de ocupante	1	1%	12	12%	12	12%	29	29%	43	43%	3	3%	100	100%
Despiste	41	42%	16	16%	24	25%	8	8%	6	6%	2	2%	97	100%
Total	121	12%	343	33%	386	37%	75	7%	90	9%	31	3%	1046	100%

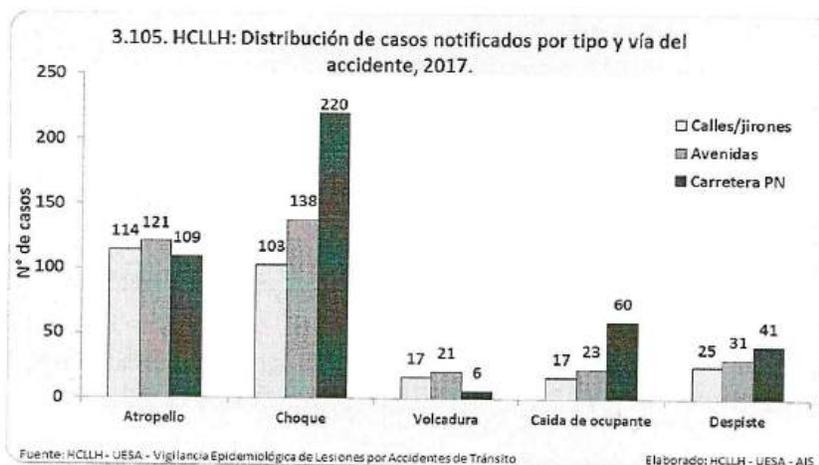
Fuente: HCLLH - UESA - Vigilancia Epidemiológica de Lesiones por Accidentes de Tránsito
Elaborado: HCLLH-UESA-AIS





Vía donde ocurrió el accidente y tipo de accidente: El 42% de los accidente ocurre en la carretera Panamericana

Norte; el 32% en las avenidas y, el 26% en calles o jirones dentro de las zonas urbanas, especialmente por atropellos y choques.



Lugar de accidente:

El 71% de los accidentes ocurren en el distrito de Puente Piedra, donde los choques y atropellos son los principales tipos de accidente.

En el distrito de Puente Piedra, los accidentes ocurren especialmente en vehículos motorizados tipo motocar/mototaxi (36%) y automóvil (35%). Similar distribución en los demás distritos.

Los principales puntos identificados como lugar específico de los accidentes de tránsito son:

- Km. 39 Panamericana Norte, altura paradero Villa Estela, con 32 accidentes.
- Km. 32.5 Panamericana Norte, altura paradero Norteño, con 29 accidentes.
- Paradero Óvalo de Puente Piedra, con 27 accidentes.
- Av. Puente Piedra - Paradero Tottus, con 24 accidentes.
- Km. 26 Panamericana Norte, altura paradero Escuela de Policía PNP, con 22 accidentes.
- Km. 34 Panamericana Norte, altura paradero Grifo VIPUSA, con 18 accidentes.



Todos los casos ocurren principalmente por choques entre vehículos motorizados seguidos de atropellos.

3.91. HCLLH: Distribución de accidentes notificados por lugar y tipo de accidente, 2017.

Lugar de accidente (Distrito)	Tipo de accidente					Total	
	Atropello	Choque	Voladura	Caida de ocupante	Despiste	N°	%
PUENTE PIEDRA	262	311	31	75	60	739	71%
ANCON	35	69	3	5	13	125	12%
CARABAYLLO	20	33	7	6	7	73	7%
VENTANILLA	11	7	1	6	7	32	3%
LOS OLIVOS	6	13	0	5	6	30	3%
SANTA ROSA	3	20	2	0	4	29	3%
COMAS	3	3	0	0	0	6	1%
MI PERU	3	0	0	0	0	3	0.3%
AUCALLAMA	0	2	0	0	0	2	0.2%
INDEPENDENCIA	0	1	0	1	0	2	0.2%
OTROS	1	2	0	2	0	5	0.5%
Total	344	461	44	100	97	1046	100%

Fuente: HCLLH - UESA - Vigilancia Epidemiológica de Lesiones por Accidentes de Tránsito Elaborado: HCLLH-UESA-AIS

De las características del conductor:

De las características del conductor: El 97% de los conductores son de sexo masculino; El promedio de edad es 36 años, con un rango de 16 a 77 años, los casos se concentran principalmente entre los 20 a 44 años entre los varones. Sólo el 11% de los conductores cuenta con

3.92. HCLLH: Distribución de accidentes notificados por lugar y tipo de vehículo, 2017.

Lugar de accidente (Distrito)	Tipo de vehículo						Total	
	Motocicleta	Motocar	Automóvil	Microbus	Ómnibus	Camión/Trailer	N°	%
PUENTE PIEDRA	80	267	259	54	64	15	739	71%
ANCON	12	29	58	6	11	9	125	12%
CARABAYLLO	15	24	25	3	4	2	73	7%
VENTANILLA	5	11	12	1	2	1	32	3%
LOS OLIVOS	2	7	9	7	5	0	30	3%
SANTA ROSA	6	2	18	1	1	1	29	3%
COMAS	0	2	3	1	0	0	6	1%
MI PERU	0	1	1	0	0	1	3	0.3%
AUCALLAMA	0	0	1	0	1	0	2	0.2%
INDEPENDENCIA	1	0	0	0	1	0	2	0.2%
OTROS	0	0	0	2	1	2	5	0.5%
Total	121	343	386	75	90	31	1046	100%

Fuente: HCLLH - UESA - Vigilancia Epidemiológica de Lesiones por Accidentes de Tránsito Elaborado: HCLLH-UESA-AIS



3.93. HCLLH: Accidentes de tránsito notificados según sexo y etapas de vida del conductor, 2017.

Etapas de vida	Sexo		Total	
	Femenino	Masculino	N°	%
Adolescente (12-17 años)	0	2	2	0.2%
Joven (18-29 años)	11	349	360	36%
Adulto (30-59 años)	18	583	601	59%
Adulto mayor (60 a + años)	0	48	48	5%
Total	29	982	1011	100%

Fuente: HCLLH - UESA - Vigilancia Epidemiológica de Lesiones por Accidentes de Tránsito Elaborado: HCLLH-UESA-AIS Sin datos=35

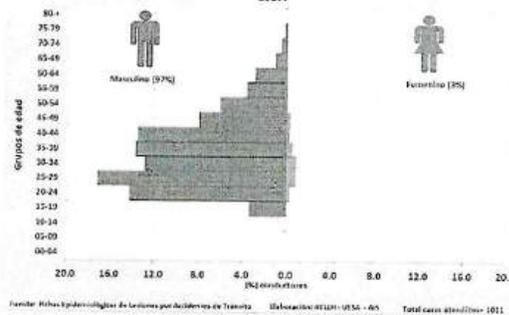


Indicadores de Vigilancia Epidemiológica:

Durante el año 2017 se ha notificado 1590 lesionados por accidentes de tránsito, 2% menos que el año anterior; con un promedio de 31 casos por semana epidemiológica y 133 por mes. Con una razón de 2 lesionados por accidente de tránsito.

La tasa de letalidad es de 0,7% entre los pacientes que llegaron a ser atendidos en la institución.

3.106. HCLLH: Accidentes de tránsito por grupo de edad y sexo del conductor, 2017.



Fuente: Oficina Epidemiológica de Lesiones por Accidentes de Tránsito Elaborado: HCLLH - UESA - AIS Total casos atendidos= 1011

Tabla 3.94. HCLLH: Indicadores de Vigilancia de Lesiones por accidentes de tránsito, 2016 - 2017.

INDICADORES	2016	2017
Número de accidentes de tránsito	1088	1046
Número de lesionados por accidentes de tránsito	1621	1590
Número de defunciones intrahospitalarias por accidentes de tránsito	7	7
Tasa de letalidad por accidentes de tránsito	0.6%	0.7%
Razón de lesionados/accidente de tránsito	1.5	1.5
Promedio de lesionados por accidentes de tránsito por SE	31	31
Promedio de lesionados por accidentes de tránsito por mes	135	133

Fuente: HCLLH - UESA - Vigilancia Epidemiológica de Lesiones por accidentes de tránsito
Elaborado: HCLLH-UESA-AIS

3.1.6. INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS

Las Infecciones Intrahospitalarias actualmente denominadas Infecciones asociadas al cuidado de la salud son un problema relevante de Salud Pública de gran trascendencia económica y social y obviamente un desafío para los gestores y el personal responsable de su atención en los diferentes servicios donde se llegan a presentar.

La vigilancia de las Infecciones asociadas al cuidado de la salud en el país está avalada mediante la Norma Técnica N° 026-MINSA/OGE-V.01 "Norma Técnica de Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Intrahospitalarias". Siendo el objetivo de la vigilancia epidemiológica de IAAS el "proporcionar información actualizada sobre la magnitud de las infecciones intrahospitalarias, sus factores relacionados y así orientar la toma de decisiones y acciones dirigidas a la disminución de estos daños".

Se considera una infección intrahospitalaria aquella que no está presente ni incubándose en el momento de la admisión, pero que se observa durante la estadía hospitalaria o alta del paciente. La infección usualmente se hace evidente a las 48 horas o más, luego de la admisión al establecimiento hospitalario.

ACRÓNIMOS

- IAAS: Infecciones asociadas al cuidado de la salud
- IIH: Infecciones Intrahospitalarias
- CUP: Catéter Urinario Permanente
- VM: Ventilador Mecánico
- CVP: Catéter Venoso Periférico
- CVC: Catéter Venoso Central
- IHO: Infección de Herida Operatoria
- ITU: Infección de Tracto Urinario
- ITS: Infección de Torrente Sanguíneo



Resultados de la Vigilancia Epidemiológica de las IAAS 2017

Durante el año 2017, se han presentado 26 casos de infecciones, en comparación con los años anteriores se muestra una reducción significativa de alrededor del 50%. Sin embargo se puede observar que, en los años 2014 y 2016 se han presentado la mayor cantidad de casos.

El tipo de infección que se presentó con más incidencia en el periodo analizado, fue las infecciones de herida operatoria post cesárea; en el servicio de Gineco-Obstetricia, y el tipo de infección que menos se han reportado son las infecciones del tracto urinario.

En cuanto a las infecciones según factor de riesgo, las infecciones de herida operatoria asociado a partos por cesárea (7 casos) en el año 2017 no mostrando una disminución significativa en comparación con los años anteriores, las neumonías asociado al VM (2 casos) en el año 2017 mostrando una disminución significativa respecto a los años anteriores, la endometritis asociado a parto por cesárea (4 casos) para el 2017; cabe resaltar que la implementación de proyectos de mejora en prevención y control de las infecciones, el aporte de todo el personal de salud y el oportuno abastecimiento de materiales e insumos, influye en el comportamiento de los indicadores hospitalarios.

Los indicadores de vigilancia epidemiológica se expresan mediante las tasas de incidencia sea densidad de incidencia (T.D.I.) que se realiza en

función a los casos de infección sobre los días de exposición al dispositivo invasivo (x 1000 días de exposición) o incidencia acumulada (T.I.A.) según el tipo de procedimiento asociado (x 100 procedimientos).

En la evaluación global de enero a diciembre, comparativo desde el año 2013 al 2017, se observa que la Tasa de Densidad de Incidencia y la Tasa de Incidencia Acumulada, se ha reducido considerablemente, obteniendo en el presente año una T.D.I. 0.73 por 1000 días de exposición y una T.I.A. de 0.33 por 100 pacientes vigilados, simultáneamente el número de infecciones se han reducido significativamente, debido a la implementación de algunas estrategias, especialmente en los servicios de UCI y Ginecología; sin embargo el tipo de infección más frecuente en el presente año ha sido las infecciones de herida operatoria relacionado a cesáreas con 17 casos y una T.I.A. de 1.22 /100 pacientes vigilados, el tipo de infección que se ha reducido significativamente, han sido las neumonías asociado al VM con 2 casos y una T.D.I. de 4.91/1000 días de exposición al VM, cabe mencionar este resultado se ha logrado por la implementación de un paquete de medidas orientados a mejorar procedimientos de atención, por parte de todo el equipo de salud del servicio de UCI.



Gráfico N° 1: Clasificación de las infecciones según Tipo de infección
Periodo: Enero - Diciembre, Comparativo (2013 - 2017)

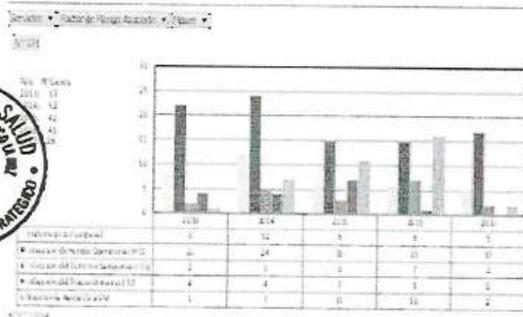
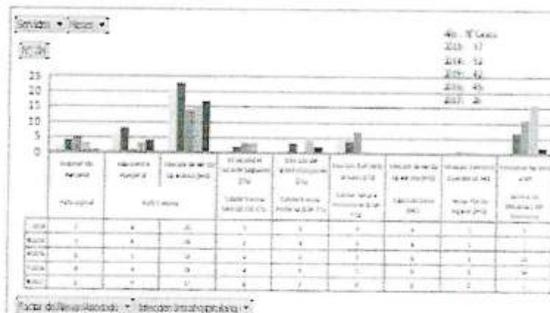


Gráfico N° 2: Distribución de las IAAS según factor de Riesgo
Periodo: Enero - Diciembre, Comparativo (2013 - 2017)



3.95. HCLLH: Tasas de incidencia de acuerdo al tipo de IAAS y factor de riesgo asociado, 2013-2017

Servicio	Factor de riesgo asociado	Infección Intrahospitalaria	TASA	2013		2014		2015		2016		2017		Tasas Referenciales II-2
				Nº I/H	Tasa	Nº I/H	Tasa							
UCI	Ventilación mecánica (VM)	Neumonía	DENSIDAD DE INCIDENCIA	1	3.14	7	14.80	10	16.30	15	30.43	2	4.91	8.77
	Catéter Venoso Central (CVC)	Infección del torrente sanguíneo (ITS)		0	0.00	0	0.00	0	0.00	3	4.99	0	0.00	1.29
	Catéter urinario permanente (CUP)	Infección del tracto urinario (ITU)		0	0.00	0	0.00	2	2.40	0	0.00	0	0.00	1.83
Neonatología	Ventilación mecánica (VM)	Neumonía	DENSIDAD DE INCIDENCIA	0	0.00	0	0.00	1	7.40	1	8.00	0	0.00	4.30
	Catéter Venoso Central (CVC)	Infección del torrente sanguíneo (ITS)		1	25.64	2	21.28	3	9.80	0	0.00	0	0.00	2.22
	Catéter Venoso Periférico (CVP)	Infección del torrente sanguíneo (ITS)		1	1.21	3	1.43	0	0.00	4	1.84	2	0.92	1.80
Medicina	Catéter urinario permanente (CUP)	Infección del tracto urinario (ITU)	DENSIDAD DE INCIDENCIA	3	4.96	2	2.27	3	3.07	1	0.97	0	0.00	2.29
	Catéter urinario permanente (CUP)	Infección del tracto urinario (ITU)		1	5.71	2	6.69	2	5.97	0	0.00	0	0.00	0.94
Cirugía	Colecistectomía	Infección de Herida Operatoria (IHO)	INCIDENCIA ACUMULADA	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0.20
	Hernio plastia inguinal	Infección de Herida Operatoria (IHO)		1	2.50	1	1.43	1	0.66	0	0.00	0	0.00	0.38
Ginecología	Parto cesárea	Endometritis puerperal	INCIDENCIA ACUMULADA	6	0.41	8	0.56	1	0.07	3	0.15	4	0.29	0.20
		Infección de Herida Operatoria (IHO)		21	1.45	23	1.61	14	0.98	15	1.21	17	1.22	0.96
Obstetricia	Parto vaginal	Endometritis puerperal	INCIDENCIA ACUMULADA	2	0.09	4	0.18	5	0.26	3	0.24	1	0.05	0.15
Total I/H				37		52		42		45		26		

Fuente: HCLLH - UESA - VERH

IAAS en el Departamento de Gineco-Obstetricia

En la evaluación de las Tasas de incidencia de las infecciones, se han presentado 17 casos de infecciones de herida operatoria, obteniendo una T.I.A de 1.22/100 pacientes vigilados, se obtenido una reducción no significativa en comparación con el año 2016; sin embargo nos encontramos por encima del promedio nacional.

La tasa promedio nacional en IHO en partos por Cesárea para los establecimientos de la categoría (II-2) es de 0.96%.

Con respecto a los casos de endometritis post parto cesárea, en el año 2017 se han presentado 4 casos obteniendo una T.I.A 0.29/100 pacientes vigilados, en comparación con el año 2016, se observa un ligero incremento, por ello nos encontramos dentro del límite superior del promedio nacional. La tasa promedio nacional en Endometritis en Partos por cesárea para los establecimientos de la categoría (II- 2) es de 0.20/100 pacientes vigilados.

En el servicio de Obstetricia en el año 2017, se ha presentado 1 caso de endometritis obteniendo una T.I.A de 0.05/100 púerperas, en comparación con el año 2016 mostrando una disminución significativa; por ello nos encontramos por debajo del promedio nacional, para este tipo de infección. Siendo la tasa promedio nacional de Endometritis en Partos Vaginal para los establecimientos de la misma categoría (II-2) es de 0.15 %.

Gráfico N° 3: Tasa de Incidencia de las Infecciones de Herida Operatoria en el Servicio de Ginecología Periodo: Enero - Diciembre. Comparativo (2013 - 2017)

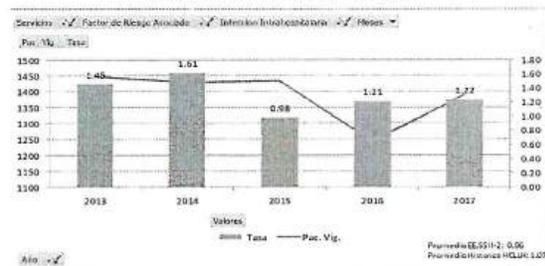


Gráfico N° 4: Tasa de incidencia de las Endometritis Post Coálea en el Servicio de Ginecología
Periodo: Enero - Diciembre, Comparativo (2013 - 2017)

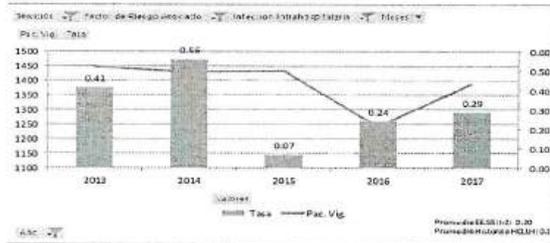
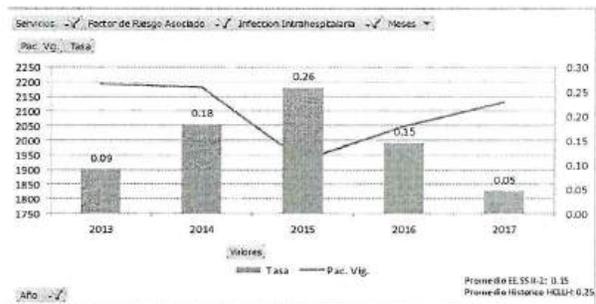


Gráfico N° 5: Tasa de incidencia de las Endometritis Parto Vaginal en el Servicio de Ginecología
Periodo: Enero - Diciembre, Comparativo (2013 - 2017)



IAAS en la Unidad de Cuidados Intensivos

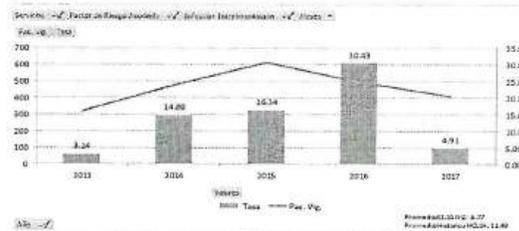
En lo que va del año hasta setiembre, se ha presentado solo 2 caso de NAVM obteniendo una T.D.I.A de 4.91 /1000 días de exposición al VM, en comparación con los años anteriores, la tasa de densidad de incidencia obtenida es la menor obtenido en los últimos años, por ello nos encontramos muy por debajo del Promedio Nacional.

T.D.I.A de 4.99/1000 días de exposición al CVC. Actualmente nos encontramos por debajo del promedio nacional.

La tasa promedio nacional de infección del torrente sanguíneo para los establecimientos de la misma categoría (II-2) es de 1.29/1000 días de exposición.

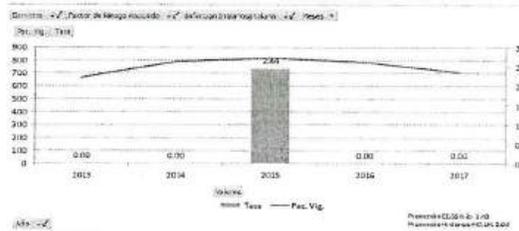
La tasa promedio nacional en Neumonías Asociado a VM, para los establecimientos de la misma categoría (II-2) es de 8.77/1000 días de exposición.

Gráfico N° 6: Tasa de Densidad de Incidencia de las Neumonías Asociado al Ventilador Mecánico en el Servicio de UCI
Periodo: Enero - Diciembre, Comparativo (2013 - 2017)



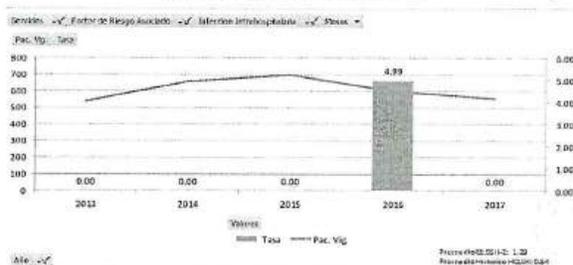
En el año 2017, no se han presentado casos, por ello la tasa en nula; sin embargo en el año 2015 se ha presentado casos obteniendo una T.D.I.A de 2.44/1000 días de exposición al catéter urinario, la tasa de densidad de incidencia en el año 2017, se encuentra por debajo del promedio nacional.

Gráfico N° 6: Tasa de Densidad de Incidencia de las Infecciones de Tracto Urinario en el Servicio de UCI
Periodo: Enero - Diciembre, Comparativo (2013 - 2017)



La tasa promedio nacional de infección del tracto urinario asociado a cateterismo permanente para los establecimientos de la misma categoría (II-2) es de 1.83/1000 días de exposición.

Gráfico N° 6: Tasa de Densidad de Incidencia de las Infecciones del Torrente Sanguíneo en el Servicio de UCI
Periodo: Enero - Diciembre, Comparativo (2013 - 2017)



En lo que corresponde a los casos de infección del torrente sanguíneo en el servicio de UCI, en el año 2017 no se han presentado casos, por ello la tasa de densidad de incidencia en nula; sin embargo en el año 2016 se han presentado 3 casos obteniendo una



IAAS en el Departamento de Cirugía

En el servicio de Cirugía, en el año 2017, no se han presentado casos de infección en el servicio; desde el año 2013 a la fecha la tendencia de la incidencia ha sido decreciente. La tasa promedio nacional para infección de herida operatoria asociado a hernio plastia inguinal, para los establecimientos de la misma categoría (II-2) es de 0.38/100 pacientes intervenidos.

En cuanto a los casos de infección del tracto urinario, en el año 2017 no se han presentado casos; en el año 2014 se presentó la tasa más alta de los últimos años 9.13/1000 días de exposición a CUP; con 2 casos reportados. La tasa promedio nacional para infección asociado a CUP, para los establecimientos de la misma categoría (II-2) es de 0.94/1000 días de exposición al factor.

Gráfico N° 9: Tasa de Incidencia de las Infecciones de Herida Operatoria en Hernioplastia Inguinal en el Servicio de Cirugía
Período: Enero - Diciembre, Comparativo (2013 - 2017)

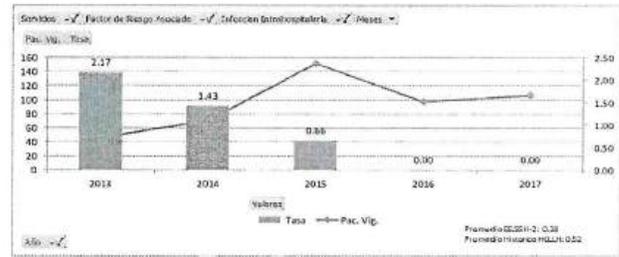
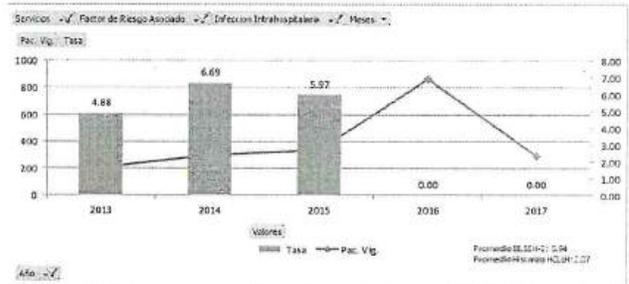


Gráfico N° 10 Tasa de Densidad de Incidencia de las Infecciones de Tracto Urinario en el Servicio de Cirugía
Período: Enero - Diciembre, Comparativo (2013 - 2017)

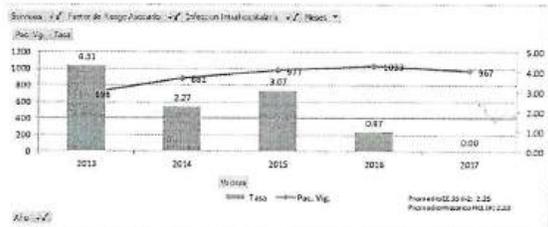


IAAS en el Departamento de Medicina

En el año 2017, no se han presentado casos de infección del tracto urinario, la tasa más alta se presentó en el año 2013 en este periodo con un riesgo de infección de 4.31 pacientes por cada 1000 días de exposición a CUP, en los últimos 5 años habido una tendencia a ir disminuyendo. La tasa promedio nacional para infección asociado a CUP, para los establecimientos de la misma categoría (II-2) es de 2.25/1000 días de exposición al factor.



Gráfico N° 11 Tasa de Densidad de Incidencia de las Infecciones de Tracto Urinario en el Servicio de Medicina
Período: Enero - Diciembre, Comparativo (2013 - 2017)



IAAS en el Servicio de Neonatología

La vigilancia epidemiológica de infecciones en este servicio está clasificada de acuerdo al peso del RN, en menores de 1500 gr, de 1501 a 2500gr, y mayor de 2500gr; los factores que se vigila en el servicio son dispositivo como: CVC; VM, CVP.

En el presente gráfico se observa que en el año 2017 se obtuvo una T.D.I A de 0.92/1000 días de exposición a CVP,

evidenciando una reducción significativa en comparación con los años anteriores.

La tasa promedio nacional para este tipo de infección para establecimientos de la misma categoría (II-2) es de 1.80/1000 días de exposición al CVP.

Con respecto a las infecciones asociado a CVC, en el año 2017 no se han presentado



casos de infección de este tipo, a diferencia de los años anteriores, siendo la tasa más alta en el año 2014 de 21.28/1000 días de exposición.

La tasa promedio nacional para este tipo de infección para establecimientos de la misma categoría (II-2) es de 2.22/1000 días de exposición al CVC.

Con respecto a los casos de las neumonías asociado al VM, en el año 2017 no se han presentado casos; sin embargo en los años anteriores se han presentado casos, por ejemplo en el año 2016, se obtuvo una tasa de 8.00/1000 días de exposición al VM.

La tasa promedio nacional de neumonía asociado a ventilador mecánico para los establecimientos de la misma categoría (II-2) es de 3.64/1000 días de exposición al VM.

Gráfico N° 12: Tasa de Densidad de Incidencia de las ITS Asociado a CVP en el Servicio de Neonatología
Período: Enero - Diciembre. Comparativo (2013 - 2017)

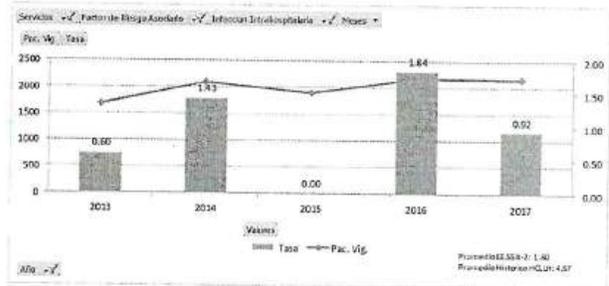


Gráfico N° 13: Tasa de Densidad de Incidencia de las ITS Asociado a CVC en el Servicio de Neonatología
Período: Enero - Diciembre. Comparativo (2013 - 2017)

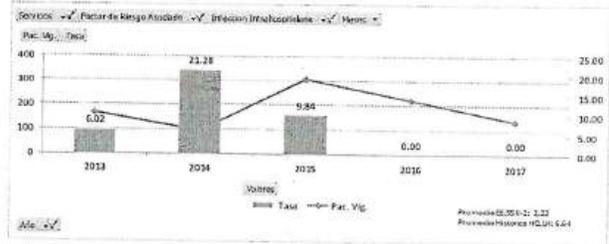
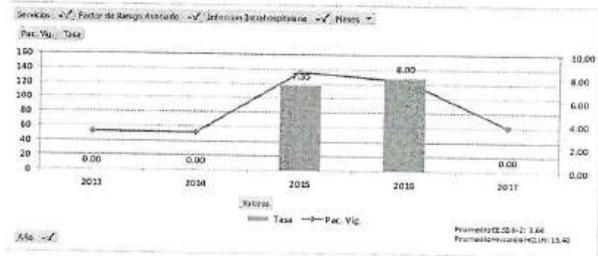


Gráfico N° 14: Tasa de Densidad de Incidencia de las Neumonías Asociado VM en el Servicio de Neonatología
Período: Enero - Diciembre. Comparativo (2013 - 2017)



Aplicación de medidas de bioseguridad:

El monitoreo y seguimiento de las prácticas de bioseguridad en los diferentes servicios del HCLLH, presentaron los siguientes resultados para el año 2017: El lavado de manos alcanzó el 49%, uso de EPP alcanzó el 58%, manejo de RRSS 79% y procedimientos y medidas preventivas el 41%.



3.1.7. EXPOSICIÓN LABORAL EN PERSONAL DE SALUD:

3.1.7.1. Accidentes Biológico Laborales

En los últimos 5 años, la ocurrencia de los accidentes laborales por servicios se da con mayor frecuencia en los servicios de Emergencia con un promedio por año de 12% de accidentes, seguido de Hospitalización de Medicina con un promedio de 12% de accidentes, y en tercer lugar se tiene al servicio de

Obstetricia con un promedio de 10%. El año 2017 presentó una disminución del 33% con respecto al año 2016.

El grupo de edad más afectado por los accidentes laborales biológicos dentro del Hospital, fue el de 20 a 29 años con el 46% de los casos, seguido del grupo de 30



a 39 años con 26 y en tercer lugar los de 50 a 59 años con el 14% de los casos, cabe resaltar que en el año 2017 se presentó una disminución considerable en todos los grupos de edad

La distribución de los accidentes laborales por Género está determinado como se muestra en el gráfico, siendo en promedio el grupo más afectado el género femenino con el 69%, mientras que el 31% corresponde al género masculino.

El horario donde la ocurrencia de los accidentes biológicos laborales se da con mayor frecuencia, es durante la mañana con un promedio de 43%, seguido del turno tarde con el 35% y un 22% en el turno noche en promedio en los últimos 5 años

Con respecto a la distribución porcentual de los accidentes laborales según grupo ocupacional en el año 2017, se han presentado 22 casos de accidentes laborales, de ellos el 27% (6 casos) corresponden a profesionales de la salud entre médicos, residentes, enfermeros, odontólogos, el otro 41% (9 casos) corresponden al personal técnico de enfermería y el personal de limpieza, el 27% (6 casos) corresponde a los internos tanto de medicina, enfermería y obstetricia. En comparación con los años anteriores se observa que el grupo ocupacional que presentó mayor riesgo, es el personal de limpieza con un porcentaje

de 13%, seguido del personal interno de medicina con un porcentaje de 11%.

Gráfico N° 15: Distribución de los Accidentes Laborales Biológicos por Servicio
Periodo: Enero - Diciembre. Comparativo (2013 - 2017)

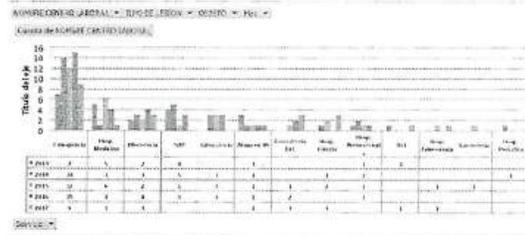


Gráfico N° 16: Distribución de los Accidentes Laborales Biológicos por Grupo de Edad
Periodo: Enero - Diciembre. Comparativo (2013 - 2017)

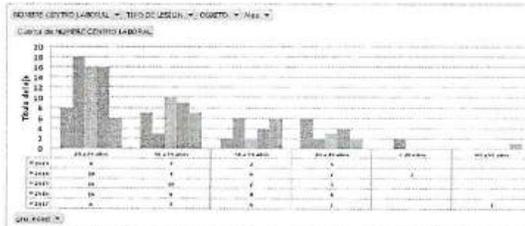


Gráfico N° 17: Distribución de los Accidentes Laborales Biológicos por Género
Periodo: Enero - Diciembre. Comparativo (2013 - 2017)

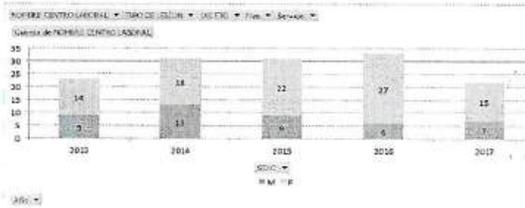


Gráfico N° 18: Distribución de los Accidentes Laborales Biológicos según Turno
Periodo: Enero - Diciembre. Comparativo (2013 - 2017)

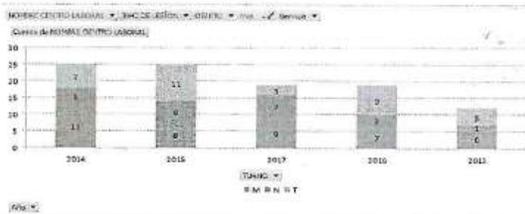


TABLA N° 2: Distribución de las Tasas de Incidencia los Accidentes
Periodo: Enero - Diciembre. Comparativo (2013 - 2017)

Años/Grupo	2013			2014			2015			2016			2017		
	Población	Casos	Tasas												
Enfermera(o)	132	3	2.27%	135	2	1.48%	135	1	0.74%	135	4	2.96%	135	2	1.48%
Int. Enfermería	30	3	10.00%	30	2	6.67%	34	4	11.76%	34	4	11.76%	40	3	7.50%
Int. Medicina	44	5	11.36%	52	17	32.69%	48	10	20.83%	48	10	20.83%	18	2	11.11%
Int. Obstetricia	17	1	5.88%	16	0	0.00%	21	1	4.76%	21	1	4.76%	24	1	4.17%
Int. Tecnología	0	0	0.00%	0	0	0.00%	4	0	0.00%	4	2	50.00%	2	0	0.00%
Méd. Residente	0	1	0.00%	16	0	0.00%	28	2	7.14%	28	3	10.71%	12	0	0.00%
Médico	152	1	0.66%	155	1	0.65%	150	0	0.00%	150	0	0.00%	150	4	2.67%
Obstetra	0	0	0.00%	50	0	0.00%	53	1	1.89%	53	1	1.89%	53	1	1.89%
Personal de Limpieza	34	6	17.65%	32	2	6.25%	38	3	7.89%	38	4	10.53%	38	5	13.16%
Téc. Enfermería	134	1	0.75%	136	4	2.94%	145	5	3.45%	145	3	2.07%	145	4	2.76%
Téc. Laboratorio	12	1	8.33%	16	2	12.50%	20	3	15.00%	20	1	5.00%	20	0	0.00%
Tecnólogo Médico	3	1	33.33%	4	1	25.00%	5	0	0.00%	5	0	0.00%	5	0	0.00%
Trabajador de Lavandería	11	0	0.00%	11	0	0.00%	12	1	8.33%	12	0	0.00%	12	0	0.00%
Total	569	23	4.04%	653	31	4.75%	693	31	4.47%	693	33	4.76%	654	22	3.36%

3.1.7.2. Enfermedades ocupaciones: Tuberculosis

Con respecto a los casos de Tuberculosis en personal de salud, durante el periodo 2014-2016, se han presentado 1 casos de Tuberculosis pulmonar en el personal de la salud por año.

Durante el año 2016 se notifica un caso de tuberculosis pulmonar en personal de limpieza.

En el año 2017 se han identificado 2 casos de TBC en personal de la salud, por lo cual se sigue realizando actividades preventivas promocionales en el HCLLH. Todos los casos reciben tratamiento específico en ESSALUD.

3.1.8. SISTEMA DE REGISTRO Y NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS

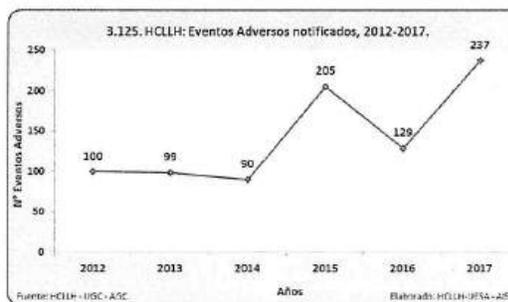
Mediante la RJ N° 631-2016/IGSS aprueban la Directiva Sanitaria N°005-IGSS/V.01- Sistema de Registro y Notificación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas, con el objetivo de fortalecer la cultura de registro, notificación y reporte de incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas a fin de identificarlos oportunamente para la reducción y mitigación de sus efectos durante el proceso de atención en salud.

Durante el periodo 2012 al 2017, se registraron 796 entre incidentes y eventos adversos, siendo el año 2017 el de mayor registro con 237 casos, evidenciando que el 100% de Departamentos han registrado los eventos adversos.

Departamento de Gineco-Obstetricia acumula el 30% de los casos en el periodo, en especial con infecciones de heridas quirúrgicas, seguido de fracturas de clavícula.

El 29,6% de los casos corresponden a reacción adversa a medicamentos, el 8,3% a infección de herida quirúrgica.

Se evidencia mejora en el llenado de registros en los diversos servicios, con incremento de notificación de casos.



3.97. HCLLH: Incidentes y Eventos adversos por Departamento de notificación, 2012-2017

Departamento	2012-2017					2012-2017	
	2012	2013	2014	2015	2016	Nº	%
Gineco-obstetricia	67	53	27	64	19	31	13.2%
Medicina	5	22	33	67	43	47	19.8%
Emergencia	22	11	10	18	11	14	5.9%
Quirúrgico	1	9	7	17	25	53	22.4%
Apoyo al Tratamiento	0	0	4	23	10	32	13.5%
Pediatría	0	3	5	7	16	28	11.8%
Careo Quirúrgico	5	0	2	8	1	12	5.2%
Enfermería	0	1	0	0	2	20	8.4%
Laboratorio	0	0	2	1	0	0	0.0%
Total	100	99	90	205	128	237	100%

Fuente: HCLLH - IGSS - AISC
Elaborado: HCLLH - LESA

3.98. HCLLH: Notificación de incidentes y eventos adversos por tipo, 2012-2017

Incidentes y Eventos adversos	2012	2013	2014	2015	2016	2017		Periodo 2012-2017	
						Nº	%	Nº	%
Reacciones adversas a medicamentos	2	16	19	77	54	68	39.3%	236	29.6%
Infección de herida quirúrgica	26	22	7	10	1	s/d	0.0%	66	8.3%
Fractura de clavícula en neonato	21	12	11	8	6	20	11.6%	78	9.8%
Úlcera de decúbito	19	8	8	4	8	9	5.2%	56	7.0%
Caidas de pacientes	2	7	11	9	4	5	2.9%	38	4.8%
Endometritis puerperal	13	8	5	5	0	sd	0.0%	31	3.9%
Flebitis en sitio de venopunción	1	2	3	8	8	10	5.8%	32	4.0%
Óbito fetal	0	0	2	11	8	0	0.0%	21	2.6%
Hospitalizaciones prolongadas >7 días	0	5	6	4	5	0	0.0%	20	2.5%
Infecciones intrahospitalarias	0	1	4	1	7	12	6.9%	25	3.1%
Accidente con objeto punzocortante	5	1	4	2	1	0	0.0%	13	1.6%
Neumonía aspirativa en adulto	0	0	0	6	4	0	0.0%	10	1.3%
Fuga de pacientes	1	1	2	4	2	5	2.9%	15	1.9%
Reacción anafiláctica	1	0	0	7	0	0	0.0%	8	1.0%
Desgarros perineales	3	3	0	1	0	0	0.0%	7	0.9%
Exhibición accidental de tubo endotraqueal	0	0	0	0	6	6	3.5%	12	1.5%
Infecciones asociadas a catéteres	0	5	1	0	0	0	0.0%	6	0.8%
Trauma obstétrico	0	0	0	2	3	0	0.0%	5	0.6%
Hematoma post-venipuntura	1	2	0	1	1	0	0.0%	5	0.6%
Lesión de órgano durante el procedimiento	1	3	0	1	0	4	2.3%	9	1.1%
Cefalea post-punción de duramadre	3	0	0	0	0	0	0.0%	3	0.4%
Hipotensión arterial	0	0	0	5	0	0	0.0%	5	0.6%
Intoxicación alimentaria	0	0	0	0	2	2	1.2%	4	0.5%
Venipunturas fallidas en toma de muestra	0	2	0	0	0	0	0.0%	2	0.3%
Diagnóstico clínico errado	0	1	0	0	0	0	0.0%	1	0.1%
Imprecisión en el diagnóstico clínico	1	0	0	0	0	0	0.0%	1	0.1%
Otros	0	0	7	18	7	32	18.5%	64	8.0%
No marco/no lleno/ no indico	0	0	0	21	2	0	0.0%	23	2.9%
Total	100	99	90	205	129	173	100%	796	100%

Fuente: HCLLH - UGC - SINREA
Elaboración: HCLLH - UESA



3.2. Análisis de la mortalidad

3.2.1. PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD HOSPITALARIA

Durante el periodo 2008-2017 se han registrado 997 defunciones hospitalarias, con un promedio de 100 casos anuales.

En el año 2017, se ha registrado 166 defunciones hospitalarias. Dentro de las principales causas básicas tenemos septicemia no especificada con 13,3%, neumonía no especificada con 8,5%,

insuficiencia respiratoria no especificada con 6,8%, insuficiencia respiratoria aguda con 3,8%, sepsis bacteriana del recién nacido no especificada con 3,0%, entre otros. Tabla 3.99-3.100 y gráfico 3.126.

La distribución en el sexo masculino es ligeramente superior al sexo femenino. Tabla 3.101 y gráfico 3.127.

3.99. HCLLH: Primeras causas de mortalidad hospitalaria, 2016.

Nº	Causas de mortalidad - CIE 10	Nº casos	%	% Acumulado
1	Septicemia, no especificada	38	15.8%	15.8%
2	Insuficiencia respiratoria, no especificada	22	9.2%	25.0%
3	Neumonía, no especificada	9	3.8%	28.8%
4	Sepsis bacteriana del m, no especificada	8	3.3%	32.1%
5	Choque hipovolemico	5	2.1%	34.2%
6	Accidente vascular encefalico agudo, no es	5	2.1%	36.3%
7	Paro cardiaco, no especificado	5	2.1%	38.3%
8	Insuficiencia respiratoria del recién nacido	4	1.7%	40.0%
9	Rn pre termino	4	1.7%	41.7%
10	Infeccion de vas urinarias, sitio no especific	4	1.7%	43.3%
11	Neumonía bacteriana, no especificada	4	1.7%	45.0%
12	Neumonía viral, no especificada	4	1.7%	46.7%
13	Tbc pulmonar bk (+)	4	1.7%	48.3%
14	Depresion cerebral neonatal	3	1.3%	49.6%
15	Dificultad respiratoria del m, no especificad	3	1.3%	50.8%
16	Sindrome de dificultad respiratoria del m	3	1.3%	52.1%
17	Insuficiencia respiratoria aguda	3	1.3%	53.3%
18	Enfermedad pulmonar intersticial, no espec	3	1.3%	54.6%
19	Bronquiectasia	3	1.3%	55.8%
20	Anemia de tipo no especificado	3	1.3%	57.1%
21	Otras Morbidades	103	42.9%	100.0%
Total		240	100%	

Fuente: HCLLH - UEIT - Sistema de Egresos
Elaborado: HCLLH - UESA - AIS

3.100. HCLLH: Primeras causas de mortalidad hospitalaria, 2017.

Nº	Causas de mortalidad - CIE 10	Nº casos	%	% Acumulado
1	Septicemia, no especificada	53	13.3%	13.3%
2	Neumonía, no especificada	34	8.5%	21.8%
3	Insuficiencia respiratoria, no especificada	27	6.8%	28.5%
4	Insuficiencia respiratoria aguda	15	3.8%	32.3%
5	Sepsis bacteriana del m, no especificada	12	3.0%	35.3%
6	Rn pre termino	10	2.5%	37.8%
7	Neumonía bacteriana, no especificada	10	2.5%	40.3%
8	Diabetes mellitus no insulino dependiente, sin m	9	2.3%	42.5%
9	Hipertension esencial (primaria)	8	2.0%	44.5%
10	Paro respiratorio	7	1.8%	46.3%
11	Infeccion de vas urinarias, sitio no especificado	6	1.5%	47.8%
12	Accidente vascular encefalico agudo, no especific	6	1.5%	49.3%
13	Anemia de tipo no especificado	6	1.5%	50.8%
14	Sida	6	1.5%	52.3%
15	Insuficiencia renal aguda, no especificada	5	1.3%	53.5%
16	Otras cirrosis del hígado y las no especificadas	5	1.3%	54.8%
17	Enfermedad pulmonar intersticial, no especificad	5	1.3%	56.0%
18	Insuficiencia cardiaca, no especificada	5	1.3%	57.3%
19	Encefalopatía no especificada	5	1.3%	58.5%
20	Insuficiencia respiratoria del recién nacido	4	1.0%	59.5%
21	Otras Mortalidades	162	40.5%	100.0%
Total		400	100%	

Fuente: HCLLH - UEIT - Sistema de Egresos
Elaborado: HCLLH - UESA - AIS

3.126. HCLLH: Principales causas de mortalidad hospitalaria, 2017.



Fuente: HCLLH - UEIT - Sistema de Egresos

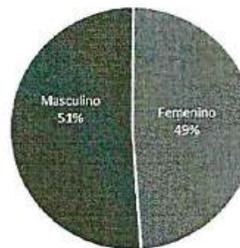
Elaborado: HCLLH - UESA - AIS

3.101. HCLLH: Mortalidad hospitalaria según sexo, 2008-2016.

Años	Sexo		Total	
	Femenino	Masculino	Nº	%
2008	68	58	126	13.1%
2009	45	51	96	10.0%
2010	38	38	76	7.9%
2011	48	60	108	11.2%
2012	29	37	66	6.9%
2013	29	40	69	7.2%
2014	25	37	62	6.4%
2015	68	57	125	13.0%
2016	51	52	103	10.7%
2017	68	63	131	13.6%
Periodo 2008-2017	489	493	962	100.0%

Fuente: HCLLH - UEIT - Registros Egresos
Elaborado: HCLLH - UESA - AIS

3.127. HCLLH: Mortalidad hospitalaria por sexo, 2008-2017.



Fuente: HCLLH - UEIT - Sistema de Egresos
Elaborado: HCLLH - UESA - AIS

3.2.2. PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD POR ETAPAS DE VIDA

Para el periodo 2008-2017, el 50% de las muertes ocurrieron en la etapa de vida adulto mayor, el 24% corresponden a los adultos, 21% a niños, 4% a jóvenes y el 1% a adolescentes. Tabla 3.102 y Gráfico 3.28.

Para el año 2017, entre las principales causas de mortalidad en la etapa de vida niño (0 a 11 años) tenemos a Sepsis bacteriana del recién nacido, no especificada; Recién nacido pre termino; Insuficiencia respiratoria del recién nacido; síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido.

Entre los adolescentes (12 a 17 años), no se reportaron casos.

En la etapa de vida joven (18 a 29 años) las principales causas de mortalidad son el

Septicemia, no especificada; traumatismos superficiales múltiples no especificados; Traumatismo superficial de la cabeza; Choque no especificado.

En la etapa de vida adulto (30 a 59 años) tenemos Septicemia, no especificada; Neumonía, no especificada; SIDA; Insuficiencia respiratoria, no especificada; Diabetes mellitus no insulino dependiente.

En la etapa de vida adulto mayor (60 a más años), destacan Septicemia, no especificada; Neumonía, no especificada; Insuficiencia respiratoria, no especificada; Insuficiencia respiratoria aguda; Neumonía bacteriana, no especificada.

Gráfico 3.129.

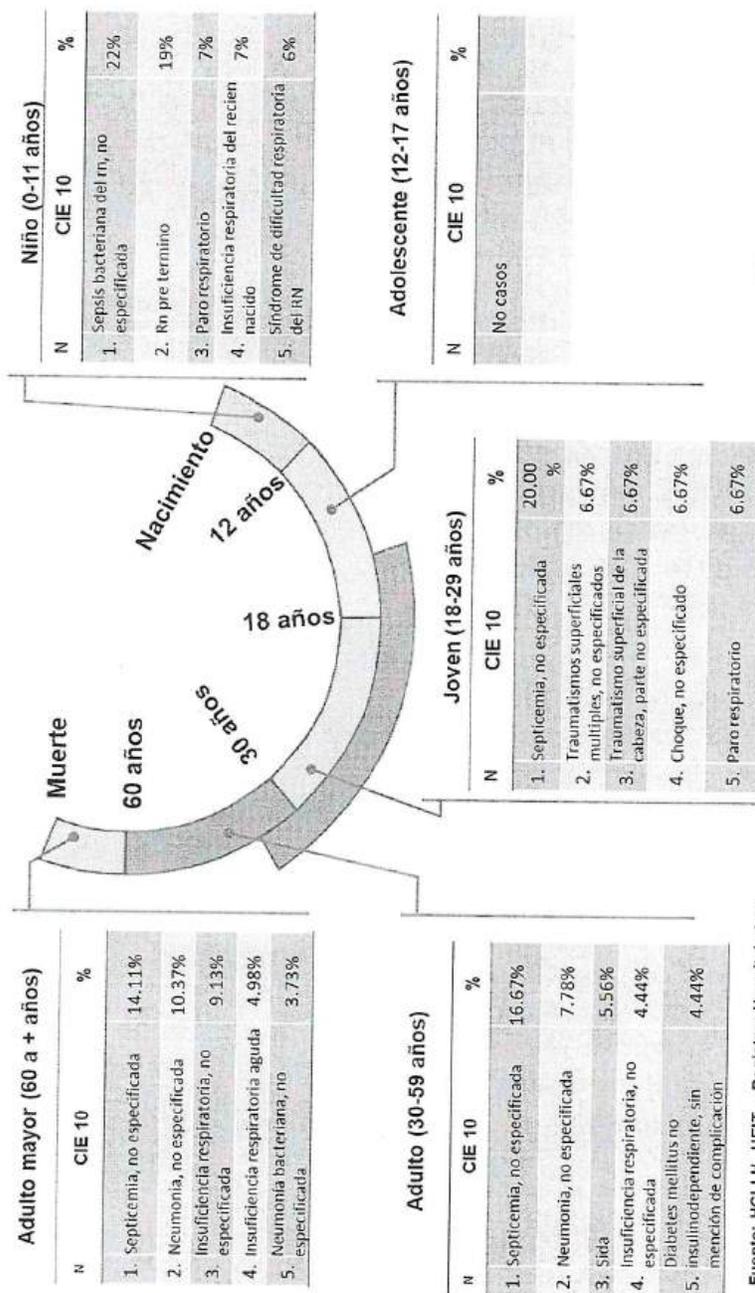
3.102. HCLLH: Mortalidad hospitalaria según sexo, 2008-2017.

Años	Niño (0-11 años)	Adolescente (12-17 años)	Jóven (18-29 años)	Adulto (30-59 años)	Adulto mayor (60 a + años)	Total	
						Nº	%
2008	45	4	0	23	54	126	12.6%
2009	17	0	6	17	56	96	9.6%
2010	18	2	7	23	26	76	7.6%
2011	24	0	9	34	41	108	10.8%
2012	11	0	3	17	35	66	6.6%
2013	16	1	3	16	33	69	6.9%
2014	8	0	4	16	34	62	6.2%
2015	21	0	1	31	72	125	12.5%
2016	23	1	5	22	52	103	10.3%
2017	23	0	6	39	98	166	16.6%
Periodo 2008-2017	208	8	44	238	501	997	83.4%

Fuente: HCLLH - UEIT - Registros Egresos
Elaborado: HCLLH - UESA - AIS



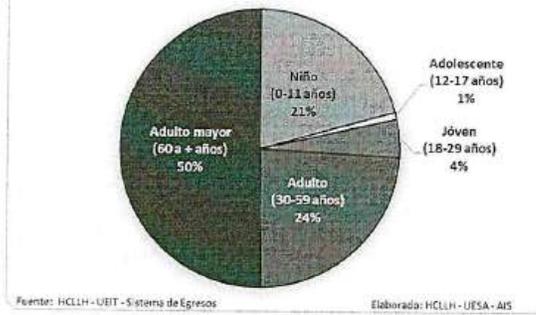
3.129. HCLLH: Principales causas de mortalidad hospitalaria por etapas de vida, 2017.



Elaborado: HCLLH – UESA - AIS

Fuente: HCLLH - UEIT - Registros Hospitalarios

3.128. HCLLH: Mortalidad hospitalaria por sexo, 2008-2017.



3.2.3. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS MUERTES MATERNAS

La mortalidad materna a nivel mundial constituye un problema de salud pública, pues representa un importante indicador de desarrollo humano para los países. La mortalidad materna responde a determinantes socioeconómicos, culturales y estructurales tales como el nivel educativo y la situación económica, el acceso a servicios de salud de calidad, entre otros.

Desde el periodo 2008-2017 se han notificado 14 muertes maternas, teniendo como promedio de Razón de Mortalidad Materna (RMM) de 40,1 por 100 000 nacidos vivos, debajo del promedio nacional (93,3 por 100 000 según ENDES 2013). En el año 2017, no se notificaron casos de muerte materna en la institución, sin embargo 03 pacientes referidas fallecieron en establecimientos de salud de III nivel y 01 llegó cadáver (domicilio). Tabla 3.103 y Gráfico 3.102.

Se produce principalmente en el grupo de edad de 20 a 24 años, de procedencia del distrito de Puente Piedra, con educación secundaria el 64% de casos y con relación de convivencia o casadas en el 86% de casos.

La principal causa de muerte materna fueron las causas directas (53%), el 29% corresponde a infecciones y el 21% a hemorragias; el 57% de los casos se registraron durante el puerperio.

En el 57% de los casos se encontró demora tipo IV (demoras en el diagnóstico y tratamiento oportunos), en 50% demora tipo I (demora en la identificación del problema o de los signos de alarma) y en el 30% demora tipo II (demora en tomar la decisión de buscar ayuda).

Tabla 3.103. HCLLH: Distribución de casos por tipo de muerte materna, 2008 - 2017.

Años	N° Nacidos Vivos (I)	N° Muertes Maternas (D+I)	Directa (D)	Indirecta (I)	No Relacionada (NR)	Razón de Mortalidad Materna (D+I)**
2008	3484	0	0	0	0	0
2009	3519	1	1	0	0	28.4
2010	3534	0	0	0	1	0
2011	3620	2	1	1	0	55.2
2012	3374	2	2	0	0	59.3
2013	3637	2	0	2	0	55.0
2014	3591	0	0	0	0	0.0
2015	3332	3	2	1	0	90.0
2016	3293	4	2	2	0	121.5
2017	3501	0	0	0	0	0.0
Total	34895	14	8	6	1	40,1

Fuente: *Unidad de Estadística y Fisiología / Quito - Ecuador - Observatorio (OP) 2010 - HCLLH
 **RMM por 100 000 nacidos vivos
 †Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental - HCLLH
 ‡Unidad de Registro de nacidos vivos
 ††Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental - HCLLH



Tabla 3.104. HCLLH: Características de casos de muerte materna, 2008 - 2017.

Características	Frecuencia (N°)	Porcentaje (%)
Tipo de muerte (n=15)		
Directa	8	53%
Indirecta	6	40%
No Relacionada	1	7%
Momento de fallecimiento		
Embarazo	6	43%
Parto	0	0%
Puerperio	8	57%
Causa Básica		
Infecciones	4	29%
Hemorragias	3	21%
Enf. Hipertensiva	1	7%
Cáncer	1	7%
Neumonía	1	7%
Cardiopatía	1	7%
Tuberculosis	1	7%
Peritonitis	1	7%
Herniación de tronco	1	7%
Total	14	100%

Fuente: HCLLH - UESA - Vigilancia Epidemiológica de Mortalidad Materna
Elaborado: HCLLH - UESA - AIS

Tabla 3.105. HCLLH: Demoras en la atención de salud de casos de muerte materna, 2008 - 2017.

Demoras en la atención de salud	Frecuencia (N°)	Porcentaje (%)
I Demora en la identificación del problema	7	50%
II Demora en la decisión de buscar ayuda	3	21%
III Demora en acceder a los servicios de salud	0	0%
IV Demora en recibir tratamiento adecuado y oportuno	8	57%
Total	14	

Fuente: HCLLH - UESA - Vigilancia Epidemiológica de Mortalidad Materna
Elaborado: HCLLH - UESA - AIS

2.4. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS MUERTES PERINATALES²⁶⁻²⁷

La notificación semanal obligatoria de las defunciones fetales y neonatales ocurridas en los establecimientos de salud del país está establecida por la Resolución Ministerial, N° 279-2009/MINSA, que aprobó la Norma Técnica N° 078-MINSA/DGE-V.01 Norma Técnica de Salud que establece el Subsistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica Perinatal y Neonatal.

Durante el año 2017 se ha notificado 69 muertes perinatales, de los cuales el 68% son muertes fetales (47 casos) y el 32% muertes neonatales (22 casos).

De las características maternas, el promedio de edad materna es de 27 años, con un rango de 14 a 43 años; proceden principalmente del distrito de Puente Piedra; con atención prenatal insuficiente o sin atención, y primordialmente con parto vaginal.

Las defunciones fetales, ocurren principalmente en fetos con pesos $\geq 2500\text{gr.}$, entre 28-36 semanas de edad gestacional y que ocurren en el anteparto.

Entre las principales causas de mortalidad fetal se encuentran la enfermedad materna no necesariamente relacionada con el embarazo (43%) como infección urinaria y preeclampsia; Complicaciones de la placenta, del cordón umbilical y de las membranas (21%) como corioamnionitis, DPP, circular de cordón.

Las defunciones neonatales, ocurren especialmente en neonatos con pesos $\geq 2500\text{gr.}$; en gestaciones pretérmino entre 28 y 36 semanas; y en los primeros 7 día de vida.

Las principales causas de muerte neonatal están relacionadas con la prematuridad/inmadurez y asfixia.

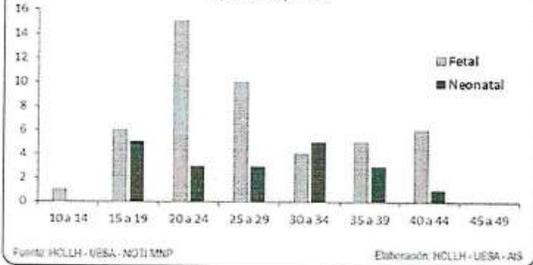


Tabla 2. HCLLH: Características maternas de las muertes fetales y neonatales, 2017.

Características maternas	Fetal		Neonatal		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Lugar de procedencia	47	100%	22	100%	69	100%
Puerto Piedra	34	72%	8	36%	42	61%
Carabayillo	3	6%	4	18%	7	10%
Ancón	3	6%	6	27%	9	13%
Ventania	5	11%	1	5%	6	9%
Otros	2	4%	3	14%	5	7%
Nº Atenciones Pre-natales						
Ninguna	12	26%	8	36%	20	29%
1 - 5 atenciones	27	57%	10	45%	37	54%
6 a más atenciones	8	17%	4	18%	12	17%
Tipo de Parto						
Vaginal	37	79%	13	59%	50	72%
Cesárea	10	21%	9	41%	19	28%

Fuente: HCLLH - UESA - Vigilancia Mortalidad Perinatal
Elaborado: HCLLH - UESA - AIS

1. HCLLH: Distribución por grupo de edad materna según tipo de muerte, 2017.



Fuente: HCLLH - UESA - NOTI MNP

Elaboración: HCLLH - UESA - AIS

Tabla 3. HCLLH: Características de la condición de muerte fetal y neonatal, 2017.

Características	Fetal		Neonatal	
	Nº	%	Nº	%
Peso al nacer (PN)	47	100%	22	100%
EBPN <1000gr	14	30%	6	27%
MBPN 1000 a <1500gr	7	15%	5	23%
BPN 1500 a <2500gr	9	19%	3	14%
RN ≥ 2500gr	17	36.2%	8	36%
Edad gestacional (EG)				
EG 22 a 27 semanas	16	34%	6	23%
EG 28 a 36 semanas	20	43%	12	55%
EG ≥ 37 semanas	11	23%	5	23%
Lugar de fallecimiento				
Comunidad	42	89%	0	0%
Establecimiento de salud	5	11%	22	100%
Momento de fallecimiento				
Anteparto	43	91%		
Intraparto	4	9%		
Postparto			22	100%

Fuente: HCLLH - UESA - Vigilancia Mortalidad Perinatal - NOTI MNP
Elaborado: HCLLH - UESA - AIS

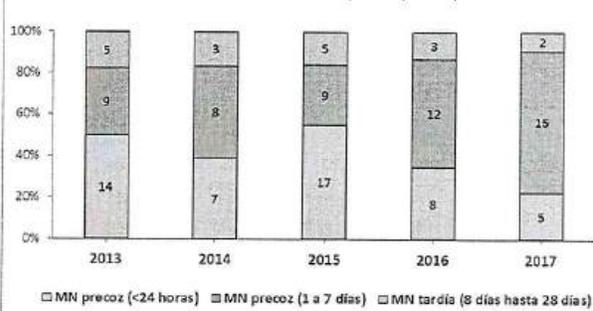
9. HCLLH: Mortalidad fetal Anteparto e Intraparto, 2017



Fuente: HCLLH - UESA - NOTI MNP

Elaboración: HCLLH - UESA - AIS

10. HCLLH: Mortalidad neonatal precoz y tardía, 2017



Fuente: HCLLH - UESA - NOTI MNP

Elaboración: HCLLH - UESA - AIS

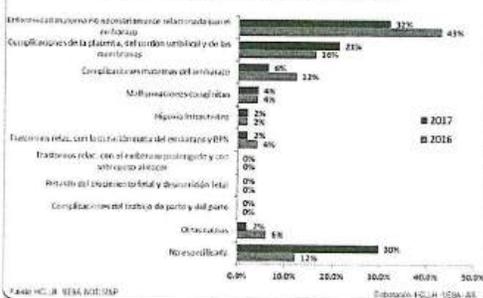
Tabla 4. HCLLH: Grupos de causas de mortalidad fetal, 2016 - 2017.

Grupo de causas de defunciones fetales	2016		2017	
	Nº	%	Nº	%
Enfermedad materna no necesariamente relacionada con el embarazo	21	42.9%	15	31.9%
Complicaciones maternas del embarazo	6	12.2%	3	6.4%
Complicaciones de la placenta, del cordón umbilical y de las membranas	8	16.3%	10	21.3%
Complicaciones del trabajo de parto y del parto	0	0.0%	0	0.0%
Retardo del crecimiento fetal y desnutrición fetal	0	0.0%	0	0.0%
Trastornos relac. con la duración corta del embarazo y BPN	2	4.1%	1	2.1%
Trastornos relac. con el embarazo prolongado y con sobrepeso al nacer	0	0.0%	0	0.0%
Hipoxia intrauterina	1	2.0%	1	2.1%
Malformaciones congénitas	2	4.1%	2	4.3%
Otras causas	3	6.1%	1	2.1%
No especificada	6	12.2%	14	29.8%
Total	49	100.0%	47	100.0%

Fuente: HCLLH - UESA - NOTI MNP

Elaborado: HCLLH - UESA - AIS

5. HCLLH: Principales causas de mortalidad fetal, 2016-2017.



Fuente: HCLLH - UESA - NOTI MNP

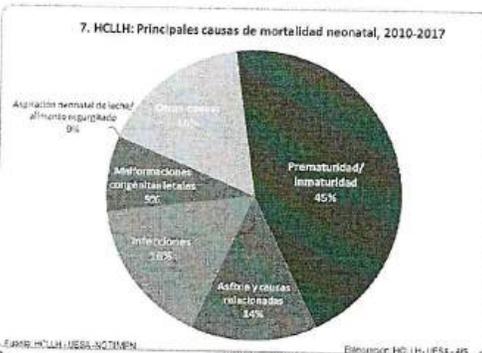
Elaboración: HCLLH - UESA - AIS



Tabla 5. HCLLH: Grupos de causas de mortalidad neonatal, 2010 - 2017.

Grupo de causas de defunciones neonatales	2017		Periodo 2010-2017	
	Nº	%	Nº	%
Prematuridad/inmaturidad	9	40.9%	91	45.0%
Asfixia y causas relacionadas	6	27.3%	28	13.9%
Infecciones	4	18.2%	33	16.3%
Malformaciones congénitas letales	3	13.6%	17	8.4%
Aspiración neonatal de leche/ alimento regurgitado	0	0.0%	0	0.0%
Otras causas	0	0.0%	33	16.3%
Total	22	100.0%	202	100%

Fuente: HCLLH - UESA - NOTIMNP
Elaborado: HCLLH - UESA - AIS



Fuente: HCLLH - UESA - NOTIMNP

Elaborado: HCLLH - UESA - AIS



INDICADORES DE MORTALIDAD PERINATAL

En el HCLLH durante el año 2017 se ha registrado 3548 nacimientos con 3501 nacidos vivos, además se notifica 47 muertes fetales y 22 muertes neonatales; la tasa de mortalidad fetal es de 13,2 x 1000 nacimientos; y la tasa de mortalidad neonatal 6,3 x 1000 nacidos vivos ubicándonos por debajo del promedio nacional y de Lima Metropolitana, se evidencia disminución en ambas tasas respecto al año anterior.

Para el periodo 2010-2017, la tasa de mortalidad fetal (≥ 22 semanas) se encuentra en 12 x 1000 nacimientos; la tasa de mortalidad neonatal (hasta los 28 días de nacido) se encuentra en 7,6 x 1000 nacidos vivos (debajo del promedio nacional), mientras que la tasa de mortalidad perinatal se encuentra en 19,5 x 1000 nacimientos.

Tabla 3.108-3.109 y gráfico 3.101.

Tabla 7. HCLLH: Mortalidad Perinatal según notificación, 2010 - 2017

Años	Nacimientos Nº	Nacidos Vivos Nº	Mortalidad fetal		Mortalidad neonatal		Mortalidad Perinatal	
			Nº	Tasa ^{1/}	Nº	Tasa ^{2/}	Nº	Tasa ^{1/}
2010	3561	3534	48	13.5	29	8.2	77	21.6
2011	3648	3620	28	7.7	36	9.9	64	17.5
2012	3396	3374	43	12.7	22	6.5	65	19.1
2013	3638	3593	45	12.4	28	7.8	73	20.1
2014	3628	3591	37	10.2	18	5.0	55	15.2
2015	3379	3332	41	12.1	31	9.3	72	21.3
2016	3308	3259	49	14.8	24	7.4	73	22.1
2017	3548	3501	47	13.2	22	6.3	69	19.4
Periodo 2010-2017	28106	27804	338	12.0	210	7.6	548	19.5

Fuente: HCLLH-UEI, SIP 2000 y UESA
Elaboración: HCLLH-UESA-AIS

1/ Tasas x 1000 nacimientos
2/ Tasas x 1000 nacidos vivos

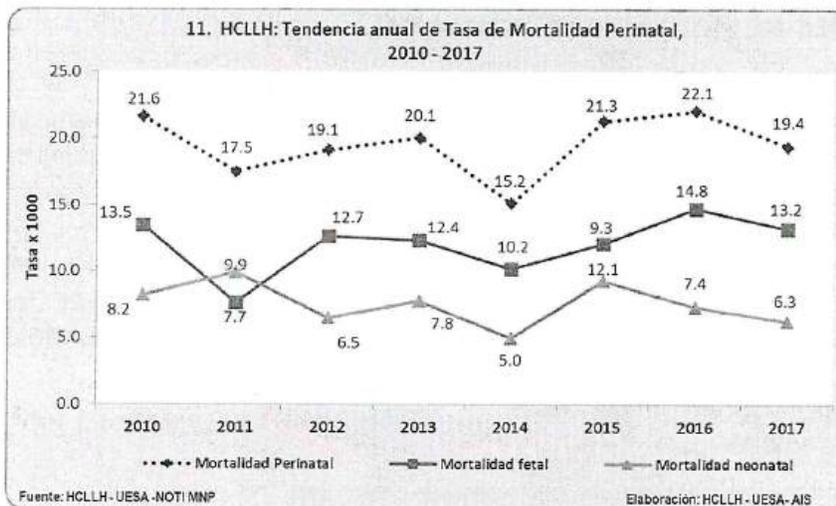


Tabla 6. HCLLH: Indicadores de Mortalidad perinatal notificada, 2015 - 2017

Indicadores	2015		2016		2017*	
	N°	%	N°	%	N°	%
Recién Nacidos Vivos	3332	98.6%	3259	98.5%	3501	98.7%
Óbitos fetales	41	1.2%	49	1.5%	47	1.3%
Total de Nacimientos	3,379	100.0%	3,308	100.0%	3,548	100.0%
Muerte fetal intermedia (22 a 27 semanas)	11	26.8%	22	44.9%	16	34.0%
Muerte fetal tardía (≥ 28 semanas)	30	73.2%	27	55.1%	31	66.0%
Total muertes fetales (>500gr ó 22 semanas)	41	100.0%	49	100.0%	47	100.0%
Muerte neonatal precoz (hasta 7 días)	26	83.9%	21	87.5%	20	90.9%
Muerte neonatal tardía (desde 8 días hasta 28 días)	5	16.1%	3	12.5%	2	9.1%
Total muertes neonatales (hasta 28 días)	31	100.0%	24	100.0%	22	100.0%
Muerte perinatal I (fetal tardía + neonatal hasta 7 días)	56	77.8%	48	65.8%	51	73.9%
Muerte perinatal II (fetal intermedia + fetal tardía + neonatal hasta 7 días)	67	93.1%	70	95.9%	67	97.1%
Total muertes perinatales (fetal+neonatal)	72	100.0%	73	100.0%	69	100.0%
Tasa de Mortalidad Fetal	12.1	x 1000 nacimientos	14.8	x 1000 nacimientos	13.2	x 1000 nacimientos
Tasa de Mortalidad Neonatal	9.3	x 1000 nacidos vivos	7.4	x 1000 nacidos vivos	6.3	x 1000 nacidos vivos
Tasa de Mortalidad Neonatal precoz	7.8	x 1000 nacidos vivos	6.4	x 1000 nacidos vivos	5.7	x 1000 nacidos vivos
Tasa de Mortalidad Neonatal tardía	1.5	x 1000 nacidos vivos	0.9	x 1000 nacidos vivos	0.6	x 1000 nacidos vivos
Tasa de Mortalidad Perinatal	21.3	x 1000 nacimientos	22.1	x 1000 nacimientos	19.4	x 1000 nacimientos

Fuente: HCLLH - UESA - NOTI MNP

Elaborado: HCLLH - UESA - AIS



MATRIZ BABIES

La matriz BABIES (CDC) es una herramienta de análisis que cruza las variables de peso al nacer con la edad en el momento de la muerte del feto o neonato (antes/durante/después del parto). Se toman estas dos variables considerando que la distribución del peso al nacer es un indicador que permite determinar el estado de la salud materna y tener un pronóstico seguro para la supervivencia neonatal. La edad al morir

es un indicador de utilidad para enfocar acciones según el periodo de fallecimiento.

Cuando se realiza la distribución de las defunciones en la matriz BABIES se observa que el 46,4% (32/69) de la mortalidad fetal-neonatal corresponde a productos con pesos inferiores a 1500 gramos y que estarían relacionados a problemas en la salud materna (nutrición,

infecciones, alta paridad, embarazos a temprana edad, etc.).

El 34,8% (24/69) de las notificaciones corresponden a defunciones fetales en el anteparto y peso ≥ 1500 gramos, que estarían relacionados a los problemas derivados del cuidado durante el embarazo.

El 2,9% (2/69) de las muertes corresponden a defunciones fetales en el intraparto y peso ≥ 1500 gramos, los que estarían relacionados con problema en el cuidado durante el parto.

El 15,9% (11/69) de las muertes corresponden a neonatos ≥ 1500 gramos, los que estarían relacionados con problema en el cuidado del recién nacido. Tabla N° 3.111.

HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ: MATRIZ BABIES 2017 (S.E. 52-2017)

PESO	MUERTE FETAL			MUERTE NEONATAL			
	ANTEPARTO	INTRAPARTO	TOTAL	< 24 HORAS	1 - 7 DIAS	8 - 28 DIAS	TOTAL
500- 999 gr.	12	2	14	1	5	0	6
1000 - 1499 gr.	7	0	7	0	5	0	5
1500 - 1999 gr.	4	1	5	1	0	1	2
2000 - 2499 gr.	4	0	4	0	1	0	1
2500 - 2999 gr.	7	0	7	3	3	0	6
> 3000 gr.	9	1	10	0	1	1	2
TOTAL	43	4	47	5	15	2	22

Fuente: HCLLH-UESA

46.4%	Problemas derivados de la Salud Materna
34.8%	Problemas derivados del cuidado durante el embarazo
2.9%	Problemas derivados del cuidado durante el Parto
15.9%	Problemas sobre el cuidado del Recien Nacido



3.3. Análisis de la salud percibida

3.3.1. PORCENTAJE DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO E INTERNO

3.3.1.1. Medición del Estudio de Clima Organizacional

El estudio del clima organizacional, permite conocer, en forma científica y sistemática las opiniones de las personas de su entorno laboral y condiciones de trabajo, con el fin de elaborar planes y/o proyectos que permitan superar de manera priorizada los factores negativos que se detecten y que afectan el

compromiso y la productividad del potencial humano.¹⁷

El puntaje estándar que ubica un clima organizacional **saludable** es 84 puntos.

Desde el año 2011, la Unidad de Gestión de la Calidad viene evaluando anualmente el Clima Organizacional de acuerdo a la metodología del MINSA-DGSP, en los



últimos 3 años hemos alcanzando puntajes superiores a 56 puntos, dicho puntaje nos califica como institución con un Clima Organizacional POR MEJORAR.

que actualmente se encuentra en la Unidad de Recursos Humanos.

Tabla 3.112 y gráfico 3.101.

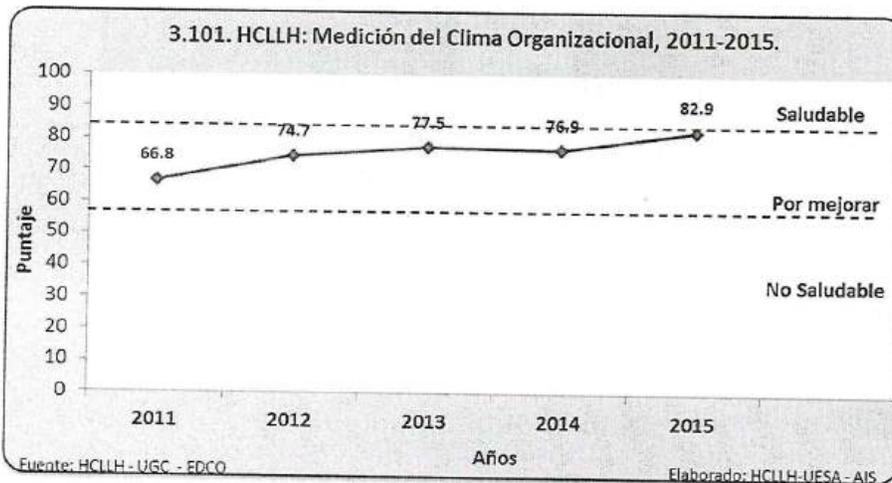
Durante los años 2016 y 2017 no se ha ejecutado la encuesta por falta de recursos humanos en dicha área, la misma

3.112. HCLLH: Resultados de Encuesta de Medición del Clima Organizacional 2011-2015.

Variables	2011	2012	2013	2014	2015
Puntaje	66.8	74.7	77.5	76.9	82.89
Calificación	Por mejorar				

Fuente: HCLLH-UGC - EDCO

Elaborado: HCLLH-UESA-AIS



3.3.1.2. Satisfacción del Usuario externo

Es el grado de cumplimiento por parte de la organización de salud, respecto a las expectativas y percepciones del usuario en relación a los servicios que este le ofrece.

usuarios, pacientes, beneficiarios) y sus percepciones respecto al servicio que presta una organización, puede constituir una medida de la calidad del servicio.¹⁸

La medición de la satisfacción de los usuarios externos permite detectar oportunidades de mejora en los diferentes procesos de atención.

Para determinar el nivel de satisfacción global como indicador según servicio y categoría el estándar esperado es mayor al 60%.

La herramienta SERVQUAL (Quality Service) se utiliza para determinar el nivel de satisfacción con la calidad del servicio que se brinda al usuario. Sugiere que la comparación entre las expectativas generales de los usuarios (clientes,

Los resultados del año 2017 se ubican en 32,1% de satisfacción del usuario externo, es decir nos encontramos en el rango POR MEJORAR; 51% menos que el año anterior.



En cuanto a las dimensiones por servicios, en consulta externa todas las dimensiones se encuentran en proceso, el 50,4% de usuarios satisfechos en la dimensión de fiabilidad; en Hospitalización y Emergencia

todas las dimensiones se encuentran por debajo del 40%, es decir POR MEJORAR.

Tablas N° 3.113 - 3.114 y gráfico 3.102

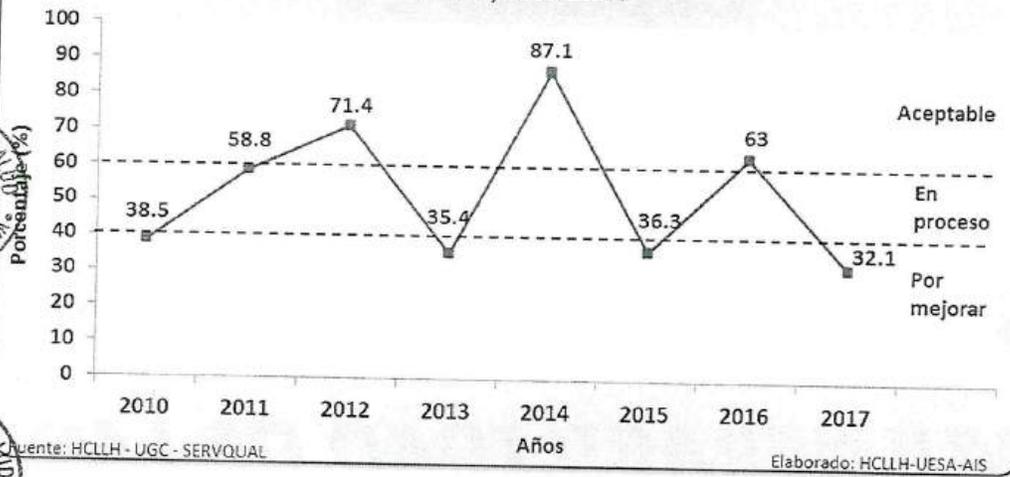
3.113. HCLLH: Resultados de Encuesta de Medición de Satisfacción del Usuario Externo en Consulta Externa (SERVQUAL), 2010-2017.

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
% Satisfacción	38.5	58.8	71.4	35.4	87.1	36.3	63	32.1

Fuente: HCLLH - UGC - SERVQUAL

Elaborado: HCLLH-UESA

3.102. HCLLH: Medición de Satisfacción del Usuario Externo en Consulta Externa, 2010-2017.



Fuente: HCLLH - UGC - SERVQUAL

Elaborado: HCLLH-UESA-AIS

3.114. HCLLH: Dimensiones de la Medición de Satisfacción del Usuario Externo (SERVQUAL) por servicios, 2017.

Dimensiones	Consulta Externa	Hospitalización	Emergencia
Seguridad	43.0	34.7	23.1
Empatía	42.9	29.5	25.0
Aspectos tangibles	46.5	22.1	26.2
Fiabilidad	50.4	32.4	20.6
Capacidad de Respuesta	32.6	29.7	20.5
% Satisfacción	43.4	29.8	23.1

Fuente: HCLLH-UGC - SERVQUAL

Elaborado: HCLLH-UESA

Capítulo IV

IDENTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE VULNERABILIDAD DE LAS ÁREAS EN RIESGO



IV. CAPÍTULO: IDENTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE VULNERABILIDAD DE LAS ÁREAS EN RIESGO

4.1. Identificación de las áreas en riesgo

4.1.1. VULNERABILIDAD SÍSMICA²⁴

ESTUDIO DE VULNERABILIDAD SÍSMICA: ESTRUCTURAL, NO ESTRUCTURAL Y FUNCIONAL DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ, 2013 (RESUMEN EJECUTIVO)

Teniendo como sustento el convenio marco N° 006-2013/MINSA en fecha 2 de Septiembre del 2013, el Ministerio de Salud y la Universidad Nacional de Ingeniería, firman un convenio específico N° 025-2013/MINSA, con la finalidad de que la UNI a través del Centro Peruano-Japonés de Investigaciones Sísmicas y Mitigación de Desastres (CISMID) de la Facultad de Ingeniería de Civil, desarrolle los Estudios de Vulnerabilidad Sísmica Estructural, No Estructural y Funcional en catorce establecimientos de salud de la Provincia de Lima. El presente informe muestra los resultados del análisis de la vulnerabilidad de las áreas críticas del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.

Este estudio se ha diseñado bajo la hipótesis de la ocurrencia de un terremoto seguido de tsunamis, en el litoral central del Perú, cuya magnitud podría alcanzar 8Mw; los expertos estiman que 200 mil viviendas quedarían destruidas y 348 mil inhabitables, esto ocasionaría unas 51 mil muertes y entre 50 mil a 686 mil heridos en Lima y el Callao. Esta sería la demanda contingente que deben esperar los servicios de salud, un 10 a 20% de los heridos serán graves y requerirán atención en hospitales de alta complejidad.

El Hospital que ha sido evaluado en este informe se ubica en una zona con alta sismicidad, es debido a ello la importancia de su evaluación ante un probable evento sísmico.

El estudio de **vulnerabilidad funcional** del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, en función de un terremoto destructivo, permite reconocer que:

a. Comité Hospitalario de Desastres ("Comité Hospitalario de Defensa Civil")

El comité está formalizado y operativo, no dispone de personal dedicado especialista en gestión del riesgo de desastres pero sí de un local permanente.

Su vulnerabilidad es de nivel medio. Se recomienda reclutar personal especializado en gestión del riesgo de desastres dedicado con exclusividad a esa función, contando con la ayuda tecnológica respectiva.

b. Plan Operativo para Desastres Internos y Externos.

Las instalaciones no están sobreocupadas. Se observan limitaciones operativas para los procedimientos de evacuación y no existen planes específicos para las diversas áreas críticas. Hay zonas para expansión para caso de desastre pero sin líneas vitales. Su vulnerabilidad es alta. Se recomienda evaluar y solucionar actuales limitaciones como número insuficiente de profesionales, y preparación permanente de su personal en este tema en base a tarjetas de acción y metas programadas y comprobadas.

c. Planes de contingencia para atención médica de desastres.



Aunque están mencionados en el plan de Defensa Civil, no están consignados en documentos específicos. Su vulnerabilidad es alta. Se recomienda implementar planes de contingencia específicos siguiendo las pautas de la Oficina General de Defensa Nacional, MINSA, y comprobar su aplicación.

d. Disponibilidad de medicamentos, insumos, instrumental y equipo para situaciones de desastre: Cuenta solo con recursos para el uso cotidiano pues la norma nacional no permite mantener reserva de recursos. Su vulnerabilidad es alta. Se recomienda gestionar se adecue la norma a la necesidad de mantener reserva de recursos para desastre por la alta sismicidad de la región y la importancia estratégica del establecimiento.

e. El Servicio de Emergencia: El área operativa está habitualmente muy ocupada y tiene recursos limitados. Su vulnerabilidad es alta, más aún por su ubicación geográfica. Se recomienda reforzar el triaje y disponer de varios equipos para caso de desastre, potenciar los mecanismos de referencia a hospitales de mayor complejidad, y contar con presupuesto adecuado para cumplir su función asistencial.

f. Otros servicios críticos del hospital: Su organización, espacios y recursos serían insuficientes para afrontar un terremoto destructor. Su vulnerabilidad es alta. Se recomienda incrementar el número de especialistas del hospital, potenciar equipamientos, concertar flujos de pacientes graves y asignar recursos materiales en mayor volumen. A pesar del avance logrado se observa una alta vulnerabilidad funcional. Requiere ser estudiada la capacidad para lograr una recuperación funcional de áreas críticas tras un terremoto destructivo; no se dispone de un sistema integrado de evacuación masiva hacia otros

establecimientos por eventual colapso físico y funcional.

Dentro del análisis de **Vulnerabilidad no Estructural**, el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz se encuentra ubicado en la zona norte de Lima, con una gran extensión de Terreno, con frente a una vía o arteria principal, la avenida Sáenz Peña, cuenta con acceso rápido al establecimiento, aunque un punto vulnerable son los vendedores ambulantes que proliferan en los alrededores del hospital.

En general el hospital presenta ambientes no conformes a la normativa; zonificación no define adecuadamente el uso y acceso de los servicios asistenciales, esta organización espacial ocasiona un cruce de circulación entre el personal asistencial, con pacientes internos y externos, público en general.

Por otro lado sus acabados de pisos, enchapes de muros, carpintería de madera (puertas) requieren un reemplazo por el tiempo y uso recibido, aunque existen zonas donde se están realizando mejoras. Asimismo, a fin de cumplir con el Reglamento Nacional de Edificaciones se debe dotar al Hospital de vidrios de seguridad en puertas, ventanas, mamparas, etc.; existen varios servicios que no cuentan aún con vidrios de seguridad.

CONCLUSIONES

De la evaluación estructural se observa que el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz no es seguro ante la acción de un sismo severo ya que todas las edificaciones analizadas (áreas críticas) sobrepasan los límites de distorsiones (0.003) y/o esfuerzos cortantes resistentes de acuerdo a la norma técnica E.070 en los muros de albañilería.

En el caso de la edificación más reciente, Bloque 9-C, también supera los límites mencionados anteriormente, pero en menor medida a las demás. Desde el



punto de vista estructural correspondiente a la filosofía de diseño de la norma peruana sismorresistente (E.030) las edificaciones son seguras para evitar la pérdida de vidas humanas; sin embargo, para los componentes no estructurales la distorsión de entrepiso mencionada produce fisuras en los muros de albañilería.

Con respecto al sismo moderado, se ha observado que sus demandas producirían grietas en los muros de albañilería provocando que los componentes no estructurales y de líneas vitales adosados a estos, colapsen.

4.1.2.ÍNDICE DE SEGURIDAD HOSPITALARIA 2017³⁷

En el mes de diciembre 2017 se ha realizado la evaluación del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz mediante la aplicación del Índice de Seguridad Hospitalaria, utilizando la metodología propuesta por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), y así obtener un perspectiva del establecimiento de salud en tres dimensiones: Estructural, No Estructural y Funcional, en el marco del programa presupuestal 068: "Reducción de la Vulnerabilidad y Atención de Emergencias por Desastres" y la política de "Hospitales seguros frente a los Desastres".

confiable, que proporciona una idea inmediata de la probabilidad de que el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz de Puente Piedra continúe funcionando en caso de desastre.

El Índice de Seguridad Hospitalaria no reemplaza a los detallados y costosos estudios de vulnerabilidad, sin embargo, y debido a que es de bajo costo y fácil de aplicar, es un primer paso importante para la reducción de la vulnerabilidad, a fin de priorizar las inversiones para el mejoramiento de la seguridad en la institución.

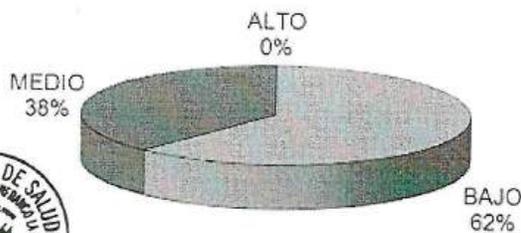
El Índice de Seguridad Hospitalaria es una herramienta de evaluación rápida y



Evaluación del Nivel de Seguridad del HCLLH:

Aspectos relacionados con la Seguridad Estructural:

Seguridad Estructural



El grafico muestra que la infraestructura presenta una seguridad estructural a nivel BAJO con un 62%, ante lo cual se deben tomar acciones a corto plazo de mejoras que permitan hacer frente a la vulnerabilidad existente ante un evento adverso.



Aspectos relacionados con la Seguridad No Estructural:

Seguridad No Estructural

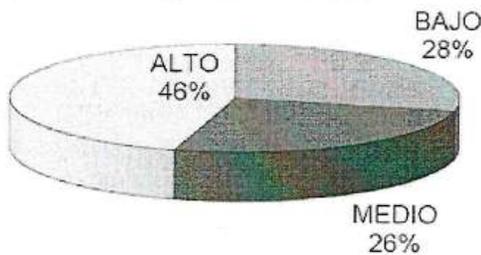


En el grafico se observa que el grado de seguridad alto representa un 22%, el grado medio un 39% y el grado bajo un 39% relacionado a la seguridad del componente no-Estructural.

El HCLLH todavía se encuentra vulnerable ante un evento adverso requiriéndose medidas a corto y mediano plazo para mitigar los problemas encontrados en la evaluación.

Aspectos relacionados con la Seguridad Funcional:

Seguridad Funcional



desastre se estima también en función de la organización técnica y administrativa de su personal para responder a dichas situaciones adversas que se puedan presentar. Esto refleja que en la evaluación del componente funcional, la seguridad del establecimiento de salud se encuentra en un nivel Bajo reflejado en el 28%, a un nivel Medio en 26% y un nivel alto del 46% con respecto al conocimiento y actitud del personal que labora en la institución.



La capacidad operativa del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz durante y después de un

Resultado del Índice de Seguridad Hospitalaria

RESULTADO DEL INDICE DE SEGURIDAD Y VULNERABILIDAD

Indice de Seguridad	0.28
Indice de Vulnerabilidad	0.72

Clasificación del establecimiento: C



Indice de seguridad	Categoría	¿Qué se tiene que hacer?
0-0.35	C	Se requieren medidas urgentes de manera inmediata, ya que los niveles actuales de seguridad del establecimiento no son suficientes para proteger la vida de los pacientes y el personal durante y después de un desastre.
0.36-0.65	B	Se requiere medidas necesarias en el corto plazo ya que los niveles actuales de seguridad del establecimiento pueden potencialmente poner en riesgo a los pacientes, el personal y su funcionamiento durante y después de un desastre.
0.66-1	A	Aunque es probable que el hospital continúe funcionando en caso de desastres, se recomienda continuar con medidas para mejorar la capacidad de respuesta y ejecutar medidas preventivas en el mediano y largo plazo, para mejorar el nivel de seguridad frente a desastres.

El resultado total del ISH muestra que en la infraestructura del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz prevalece la vulnerabilidad en más del 50% reflejado con un indicador de 0.72, derivando el resultado del modelo matemático a la categoría "C", a lo cual debemos tomar en cuenta acciones inmediatas que permitan disminuir dicha vulnerabilidad frente a un evento adverso.

El Índice de vulnerabilidad determina la susceptibilidad o el nivel de un daño esperado en la infraestructura, equipamiento y funcionalidad de un establecimiento hospitalario frente a un desastre determinado.

Conjuntamente el documento, por su naturaleza vinculante, debería servir para mejoras tanto en la infraestructura (reforzamientos, restauraciones, ampliaciones, entre otros) como en el equipamiento y reequipamiento del

Hospital Carlos Lanfranco La Hoz de Puente Piedra, así como también, en la elaboración de planes de contingencia para prevención y atención en caso de emergencias y desastres, capacitaciones del personal y otros que redunden en el bienestar y la mejor atención de la población y su entorno.

Los planes de intervención en las tres dimensiones se encuentran en el documento técnico de referencia³⁷.



1.1.3. ANÁLISIS DE PELIGROS Y RIESGOS LABORALES

La aplicación de la Matriz de Identificación de Peligros y Evaluación de Riesgos laborales (IPER), es una herramienta fundamental en la gestión del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo de toda institución, según la Ley 29783 y su Reglamento DS-005-2012-TR.

En el año 2017 se ha realizado la evaluación de riesgos laborales en el

Hospital Carlos Lanfranco La Hoz mediante la aplicación de la matriz IPERC la misma que muestra la siguiente tabla.

Por lo que corresponde aplicar los controles administrativos y de ingeniería para eliminar los PELIGRO o en su defecto reducir los RIESGOS, en vista que los trabajadores se encuentran vulnerables a los peligros existentes en el HCLLH.



ID	ZONA DE TRABAJO	PELIGRO	RIESGO
1	EMERGENCIA	<ul style="list-style-type: none"> - Contaminación Biológica - Manipulación de materiales punzocortantes - Contagio de enfermedades virales e infecciosas - Manipulación de agentes químicos 	ALTO
2	HOSPITALIZACION		
3	LABORATORIO		
4	CONSULTORIOS EXTERNOS		
5	CENTRO QUIRURGICO		
6	VENTANILLAS UNICAS		
7	CENTRO DE VACUNACION		
8	CONSULTORIO TBC		
9	SERVICIOS GENERALES – LIMPIEZA		
10	SERVICIOS GENERALES - COSTURA	Apilamiento de materiales de costura	ALTO
11	SERVICIOS GENERALES – TALLER DE MANTENIMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> Manipulación de maquinarias sin protección Trabajos de soldadura Reparaciones varias Apilamiento de materiales de trabajo Descarga de Combustible 	ALTO
12	SERVICIOS GENERALES - LAVANDERIA	<ul style="list-style-type: none"> Contaminación biológica Contaminación Química Manipulación de maquinarias sin protección Apilamiento de ropa y contenedores 	ALTO
13	SERVICIOS GENERALES - CHOFERES	<ul style="list-style-type: none"> Choque Atropello Volcadura 	ALTO
14	FARMACIA	<ul style="list-style-type: none"> Apilamiento de cajas Contaminación Biológica 	ALTO
15	ALMACEN GENERAL	Apilamiento de cajas	ALTO
16	PERSONAL	<ul style="list-style-type: none"> - Apilamiento de archivadores - Cableado suelto - Escritores y estantes en lugares inadecuados 	ALTO
17	ECONOMÍA		
18	LOGÍSTICA		
19	PLANEAMIENTO		
20	ESTADÍSTICA		
21	EPIDEMIOLOGIA		
22	AUDITORIO		
23	SIS		
24	ARCHIVO		
25	DIRECCIÓN	<ul style="list-style-type: none"> Timbre de llamado Escritorios y estantes en lugares inadecuados 	ALTO
26	INFORMATICA	<ul style="list-style-type: none"> - Apilamiento de archivadores - Cableado suelto - Escritores y estantes en lugares inadecuados - Manipulación de máquinas sin protección - Trabajo de altura 	ALTO

Fuente: HCLLH - Unidad de Personal - Área de Seguridad y Salud en el Trabajo

Capítulo V



DETERMINACIÓN Y PRIORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS SANITARIOS Y ORGANIZACIONALES



V. CAPÍTULO: DETERMINACIÓN Y PRIORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS SANITARIOS Y ORGANIZACIONALES

5.1. Determinación de los problemas sanitarios y organizacionales

DETERMINANTES GEOGRÁFICOS, DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y AMBIENTALES DE LA POBLACIÓN USUARIA

- Ubicada en la margen derecha del río Chillón y dada la accesibilidad geográfica a través de la carretera Panamericana Norte, el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz es el centro de referencia de gran parte de la población del cono norte de Lima, principalmente de los distritos de Puente Piedra, Santa Rosa, Ancón, Carabaylo, con una población aproximada de 471 915 habitantes, un crecimiento anual de 1,5% y esperanza de vida de 78 años, con predominio de la población de las etapas de vida adulto, joven y niño. La densidad poblacional oscila entre 150 habitantes por km² en el distrito de Ancón y 5 118 habitantes por km² en el distrito de Puente Piedra.
- Los distritos de la jurisdicción, en especial Puente Piedra, presentan mayores porcentajes de población con al menos una necesidad básica insatisfecha, población pobre y en situación de analfabetismo y menor acceso a agua potable y desagüe en comparación con el promedio de Lima Metropolitana.
- Al encontrarse a lo largo de la carretera Panamericana Norte cuenta con medios de transporte terrestre tanto público como privado, en su mayoría las 24 horas del día; sin embargo, aún hay zonas de difícil accesibilidad geográfica, como son los asentamientos humanos ubicados en las alturas de los cerros que no cuentan con vías públicas de acceso.
- La población tiene acceso a todos los servicios de comunicación radial y televisiva tanto de señal abierta como cerrada. Además cuenta con redes de acceso a telefonía fija y móvil, así como acceso a internet.
- La jurisdicción sanitaria comprende la zona desde el litoral hasta aproximadamente los 200 msnm.; la temperatura media anual presenta valores entre 13°C y 28°C. con una variedad de microclimas, que van desde desértico, árido, semicálido, cálido a húmedo.

DETERMINANTES POLÍTICOS, ORGANIZACIONALES, ESTRUCTURALES, ECONÓMICOS E INVERSIONES DEL SISTEMA HOSPITALARIO

- El Hospital Carlos Lanfranco La Hoz es un establecimiento de salud del segundo nivel de atención con categoría II-2, está considerado como establecimiento con Función Obstétrica y Neonatal Esencial (FONE), es decir establecimiento que tienen capacidad resolutoria para atención de partos distócicos y que cuentan con atención quirúrgica.
- En el proceso de Autoevaluación 2017 se ha obtenido 58% de cumplimiento de macroprocesos; 4 puntos porcentuales más que el año anterior, sin embargo aún se encuentra como No Aprobado para subsanar en 9 meses.
- Cuenta con 698 trabajadores distribuidos entre personal nombrado (70%) y contratado bajo la modalidad CAS (30%), entre asistenciales (72%) y administrativos (28%). El

24,6% técnicos/auxiliares administrativos, 23,1% corresponde a técnicos/auxiliares asistenciales, el 18,2% a enfermeras, el 13,3% a médicos especialistas, el 6,3% a obstetras, entre otros.

- Se dispone de 102 camas hospitalarias, Obstetricia es el servicio con el mayor número y, Neonatología cuenta con el menor número de camas; además de 03 camas en UCI adultos.
- Consultorios Externos tiene 30 consultorios físicos y 63 consultorios funcionales brindando principalmente atención especializada.
- El año 2017 se ejecutó un 93,4% del total del presupuesto asignado a toda fuente de financiamiento, 2% menos que el año anterior.
- En el periodo 2010-2017 se ha brindado en promedio 1511 atenciones anuales por accidentes de tránsito; con un reembolso promedio anual de 497 383,74 nuevos soles de las diferentes compañías de seguros, incrementándose en 79% y 123% la recaudación de los dos últimos años.
- Durante el año 2017, se ha exonerado un total de 19 783 atenciones que corresponde a 134 180 soles, el 46% pertenecen a atenciones por emergencia, el 35% a hospitalización y el 19% a consulta externa; se evidencia incremento en 66% en exoneraciones en soles respecto al año anterior, en especial en los servicios de emergencia y hospitalización debido a anulación del SIS o falta de afiliación.

En el HCLLH durante el año 2017 no se han ejecutado Proyectos de Inversión Pública. Se cuenta con el Plan Maestro de Inversiones, que vence el año 2018 y a la fecha no se dispone del presupuesto para su ejecución por lo que se están realizando coordinaciones con el MINSA para su actualización, siendo una necesidad dada la alta vulnerabilidad estructural de nuestras instalaciones.



DETERMINANTES RELACIONADOS A LOS SERVICIOS DE SALUD A NIVEL HOSPITALARIO

Consulta externa

- Se brinda en promedio 153 883 atenciones/año con un total de 27 787 atendidos/año;
- Durante el año 2017 se ha atendido a 40 251 usuarios, el 57,5% son pacientes nuevos; se han brindado 211 839 atenciones en las diferentes especialidades; con 5 atenciones/paciente atendido. 62% de los atendidos corresponden al sexo femenino, mientras que el 38% son de sexo masculino; principalmente son adultos (34%), jóvenes (24%) y niños (21%); distribución similar entre las atenciones.

El rendimiento hora/médico es de 4,1 atenciones por hora por médico, dentro del estándar para la categoría. Neumología, Endocrinología, Cardiología, Otorrinolaringología, entre otros, tienen el mayor rendimiento (≥ 5), superior al estándar; mientras Cirugía Reconstructiva se ubica debajo del estándar para la categoría.

- La concentración es de 2,8 atenciones médicas/paciente atendido. Ginecología y Obstetricia se encuentran por encima del estándar con 6,4 atenciones/paciente atendido; sólo Infectología y Ginecología se encuentran dentro del estándar; mientras que las demás especialidades médicas se ubican debajo del estándar esperado para la categoría. El promedio diario de atenciones es de 16 atenciones (entre 8 y 31) por día útil de atención por consultorio, superior al año anterior.

Hospitalización:

- Se atienden en promedio 8 018 egresos por año; el Departamento de Gineco-Obstetricia acumula el 60% de los egresos.



- Para el año 2017 hubo 10 356 egresos hospitalarios. El departamento de Gineco-Obstetricia concentra el 51%, mientras que Cirugía 22%, Pediatría 15% y Medicina 12%.
- El promedio de permanencia es de 2,9 días por egreso, debajo del estándar nacional. Medicina tiene 5 días/egreso, mientras que Gineco-Obstetricia es la de menor promedio con 2,1 días/egreso.
- El porcentaje de ocupación de cama se encuentra en 79,8%, ligeramente debajo del estándar nacional. Medicina tiene el mayor porcentaje con 102,3%, mientras que Pediatría 58,8%.
- El intervalo de sustitución es 0,7 día, dentro del estándar nacional (0,6-1 día), en Pediatría es de 2,4 días, mientras que en Gineco-Obstetricia es de 0,6 de día.
- El Rendimiento de cama es de 9 egresos/cama/mes, dentro del estándar nacional, Gineco-Obstetricia tiene 11 mientras que Pediatría 5 egresos/cama/mes.

Emergencia

- En promedio se brindan 50 975 atenciones por año. El servicio de mayor demanda es Medicina que concentra el 34%, mientras que Neonatología y Odontología alcanzan el 1%.
- Durante el año 2017 hay 58 830 atenciones, 2,7% menos que el año anterior. Medicina interna, Pediatría, Cirugía y Gineco-Obstetricia son las que concentran el mayor número de atenciones.



Centro Quirúrgico

- En promedio se brindan 3 397 intervenciones quirúrgicas por año. El 53% corresponde a Cirugía y el 46% a Gineco-Obstetricia.
- El aprovechamiento de las salas de operaciones es de 88,9%, es superior al estándar para la categoría.
- El rendimiento quirófano en promedio es de 106 intervenciones mensuales por quirófano, superior al estándar.
- El grado de cumplimiento de las operaciones programadas es de 84,4%, inferior al estándar.
- El porcentaje de intervenciones quirúrgicas suspendidas, es de 15,5%, superior al estándar.
- La tasa de mortalidad en centro quirúrgico, es de 0,5 por cada 5000 pacientes intervenidos, ubicado dentro del estándar.



Centro Obstétrico

- ✓ Durante el año 2017 se atendieron un total de 3549 partos, el 60,3% son partos vaginales.
- ✓ La tasa de cesáreas es de 39,7%, observándose leve incremento (1,5%) respecto al año anterior.
- ✓ El rendimiento de sala de partos fue de 59,8 partos mensuales, es decir, 02 partos por cama de parto por día.



Programas Presupuestales

- ✓ En la institución se han implementado 10 programas presupuestales, las que vinculan la asignación de recursos a productos medibles a favor de la población y en cumplimiento de las metas estratégicas institucionales.



- ✓ En la ejecución de los programas presupuestales se observa brecha de información entre estadística y los informes paralelos. Información de programas presupuestales discrepa de la información presentada por OPE; Falta de sensibilización y compromiso de profesionales de salud para mejorar el registro de la información, diagnósticos y procedimientos; Presupuesto que no ha sido utilizado en su totalidad para las actividades operativas de cada programa presupuestal.

Servicio de Nutrición

- ✓ se atienden en promedio 19 730 raciones/año (38%) a pacientes hospitalizados y 32 194 raciones/año (62%) a personal de salud que realiza guardias hospitalarias.

Manejo de Residuos Hospitalarios

- ✓ Durante el año 2017 se ha generado en un total de 89 767,44 kilogramos y un promedio de 7 480,62 kilogramos/mes de residuos sólidos biocontaminados segregados, con incremento anual progresivo de la generación de residuos sólidos biocontaminados.

5.2. Priorización del estado de salud o resultados sanitarios

5.2.1. ANÁLISIS DE LA MORBILIDAD

Los daños que se deben priorizar en la adecuación de los servicios de salud de la institución de acuerdo a la metodología de Pareto tenemos:

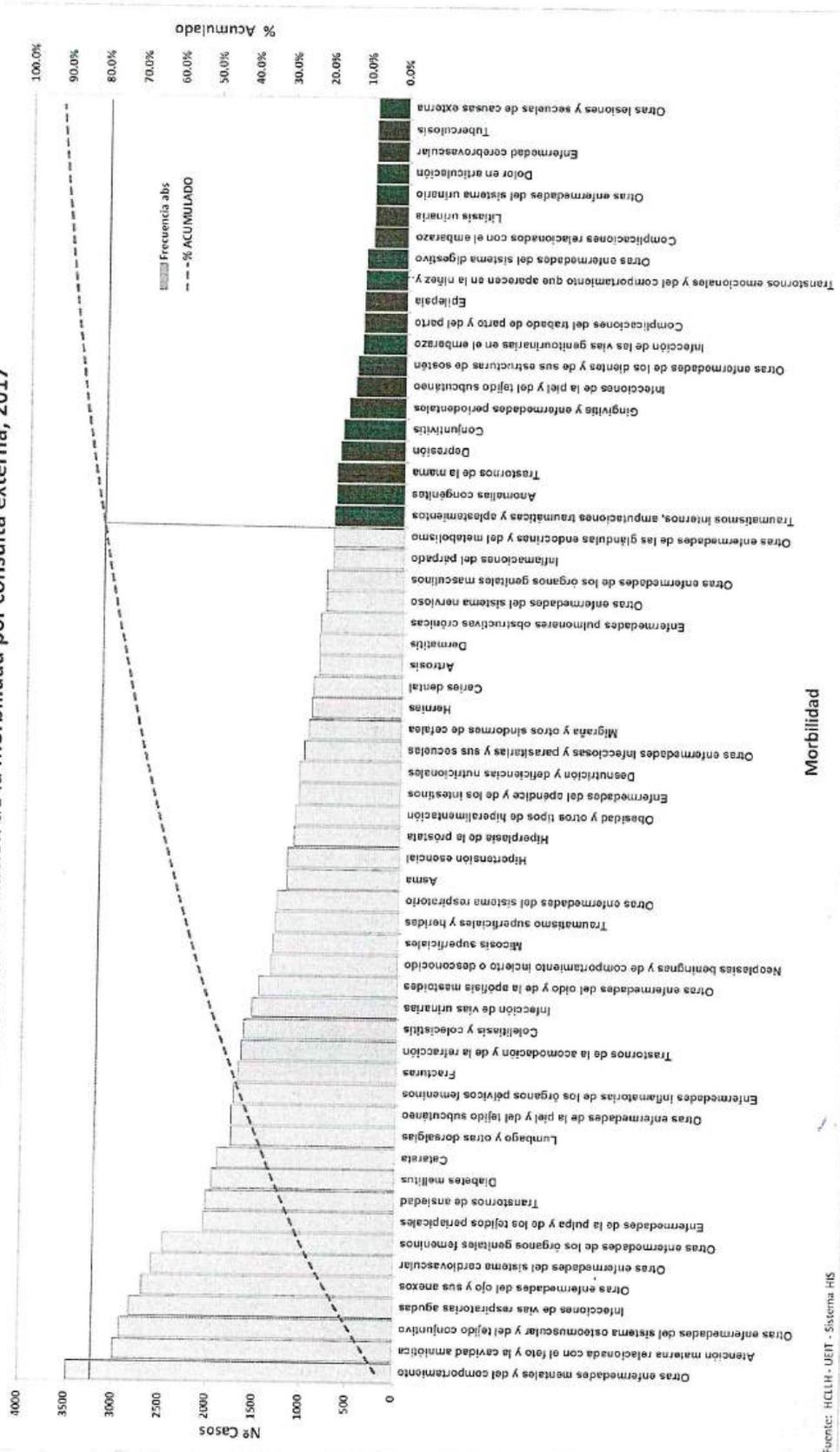
En consulta externa, las primeras 41 causas de morbilidad agrupada (Lista OPS 12/110) engloban al 80% de las atenciones, entre las que destacan otras enfermedades mentales y del comportamiento con 4,4%, atención materna relacionado a con el feto y la cavidad amniótica con 3,8%, otras enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo con 3,7%, infecciones de las vías respiratorias agudas con 3,6%, otras enfermedades del ojo y sus anexos con 3,4%, entre otras.

5.01. HCLLH: Primeras causas de morbilidad por consulta externa, 2017

Nº	Grupos de causas (12/110)	Nº casos	%	% Acumulado
1	Otras enfermedades mentales y del comportamiento	3483	4.4%	4.4%
2	Atención materna relacionada con el feto y la cavidad amniótica	2990	3.8%	8.2%
3	Otras enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	2922	3.7%	11.8%
4	Infecciones de vías respiratorias agudas	2819	3.6%	15.4%
5	Otras enfermedades del ojo y sus anexos	2697	3.4%	18.8%
6	Otras enfermedades del sistema cardiovascular	2596	3.3%	22.1%
7	Otras enfermedades de los órganos genitales femeninos	2477	3.1%	25.2%
8	Enfermedades de la pulpa y de los tejidos periapicales	2050	2.6%	27.8%
9	Trastornos de ansiedad	2026	2.6%	30.3%
10	Diabetes mellitus	1964	2.5%	32.8%
11	Catarata	1906	2.4%	35.2%
12	Lumbago y otras dorsalgias	1762	2.2%	37.4%
13	Otras enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	1760	2.2%	39.7%
14	Enfermedades inflamatorias de los órganos pélvicos femeninos	1740	2.2%	41.9%
15	Fracturas	1692	2.1%	44.0%
16	Trastornos de la acomodación y de la refracción	1663	2.1%	46.1%
17	Coleditiásis y colecistitis	1641	2.1%	48.2%
18	Infección de vías urinarias	1553	2.0%	50.1%
19	Otras enfermedades del oído y de la apósis mastoides	1487	1.9%	52.0%
20	Neoplasias benignas y de comportamiento incierto o desconocido	1363	1.7%	53.7%
	Otras morbilidades	36705	46.3%	100.0%
Total:		79296	100%	

Fuente: HCLLH - UEIT - HIS
Elaborado: HCLLH - UESA - AIS

5.01 HCLLH: Priorización de la morbilidad por consulta externa, 2017



Elaborador: HCLLH - UESA - AIS

Morbilidad

Fuente: HCLLH - UEIT - Sistema HS



En emergencia, el 80% de las atenciones se concentran en las primeras 20 causas de morbilidad agrupada; siendo las primeras cinco causas, los traumatismos superficiales y heridas con 28,2%, las infecciones de las vías respiratorias agudas con 11,8%, enfermedades infecciosas intestinales con 6,3%, asma con 3,8% y fracturas con 3,1%.

5.02. HCLLH: Primeras causas de morbilidad por Emergencia, 2017

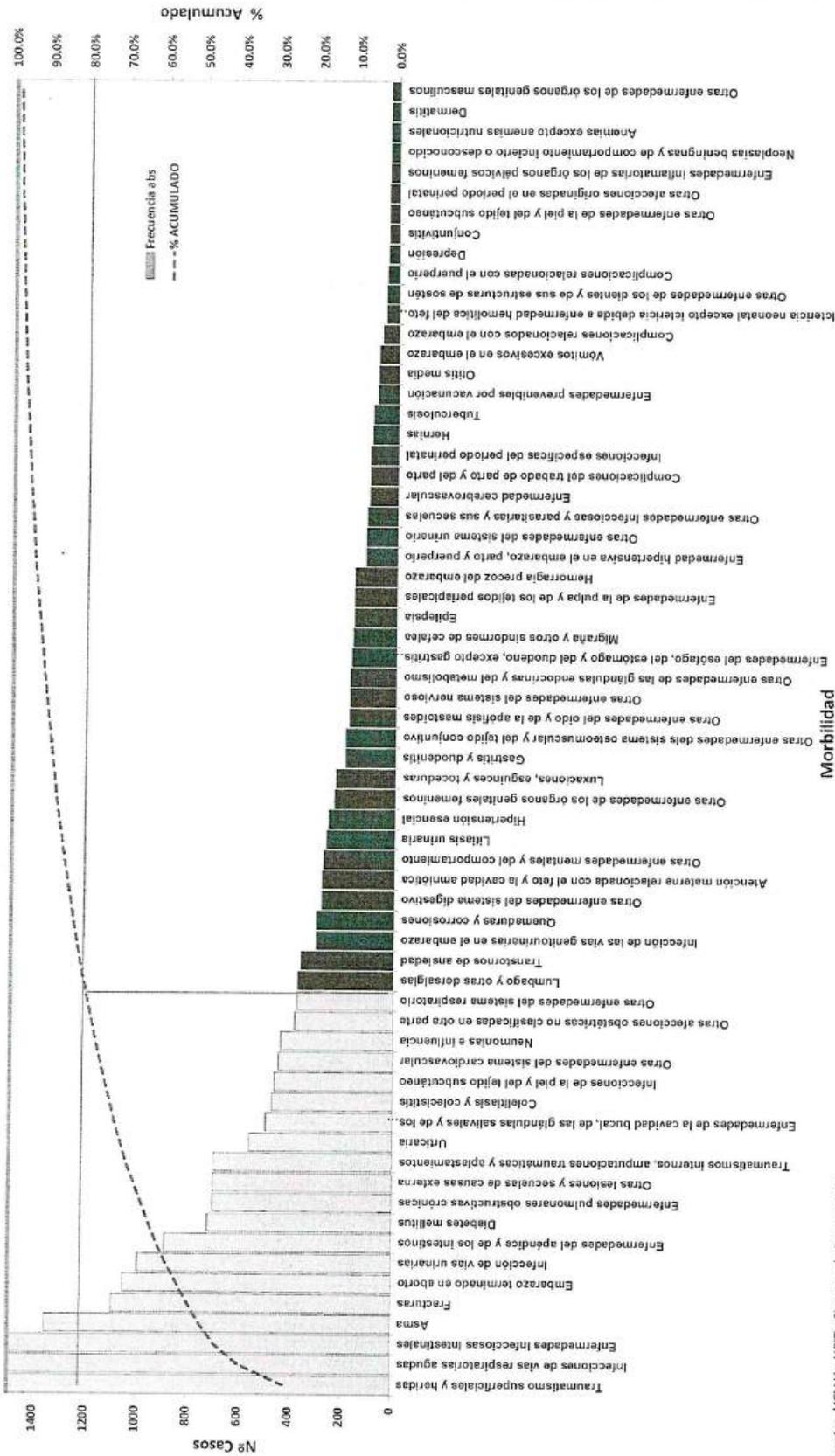
Nº	Grupos de causas (12/110)	Nº casos	%	% Acumulado
1	Traumatismo superficiales y heridas	9960	28.2%	28.2%
2	Infecciones de vías respiratorias agudas	4152	11.8%	40.0%
3	Enfermedades Infecciosas Intestinales	2217	6.3%	46.3%
4	Asma	1356	3.8%	50.1%
5	Fracturas	1095	3.1%	53.2%
6	Embarazo terminado en aborto	1052	3.0%	56.2%
7	Infección de vías urinarias	996	2.8%	59.1%
8	Enfermedades del apéndice y de los intestinos	892	2.5%	61.6%
9	Diabetes mellitus	723	2.0%	63.6%
10	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	703	2.0%	65.6%
11	Otras lesiones y secuelas de causas externa	703	2.0%	67.6%
12	Traumatismos internos, amputaciones traumáticas y aplastamientos	699	2.0%	69.6%
13	Urticaria	564	1.6%	71.2%
14	Enfermedades de la cavidad bucal, de las glándulas salivales y de los maxil.	500	1.4%	72.6%
15	Colelitiasis y colecistitis	476	1.3%	74.0%
16	Infecciones de la piel y del tejido subcutáneo	465	1.3%	75.3%
17	Otras enfermedades del sistema cardiovascular	449	1.3%	76.6%
18	Neumonías e influenza	442	1.3%	77.8%
19	Otras afecciones obstétricas no clasificadas en otra parte	386	1.1%	78.9%
20	Otras enfermedades del sistema respiratorio	378	1.1%	80.0%
	Otras morbilidades	7061	20.0%	100.0%
	Total	35269	100%	

Fuente: HCLLH - UEIT - Sistema de Emergencia

Elaborado: HCLLH - UESA - AIS



5.02 HCLLH: Priorización de la morbilidad por Emergencia, 2017



Fuente: HCLLH - UEIT - Sistema de Emergencia

Elaborador: HCLLH - UESA - AIS



En hospitalización, las primeras 23 patologías agrupan al 80% de los egresos, las patologías que más se atendieron fueron otras afecciones obstétricas no clasificadas en otra parte con 11,7%, complicaciones del trabajo de parto y parto con 8,9%, embarazo terminado en aborto con 8,5%, otras afecciones originadas en el periodo perinatal con 7,3%, enfermedades del apéndice y de los intestinos con 6%, entre otros.

5.03. HCLLH: Primeras causas de morbilidad por hospitalización, 2017

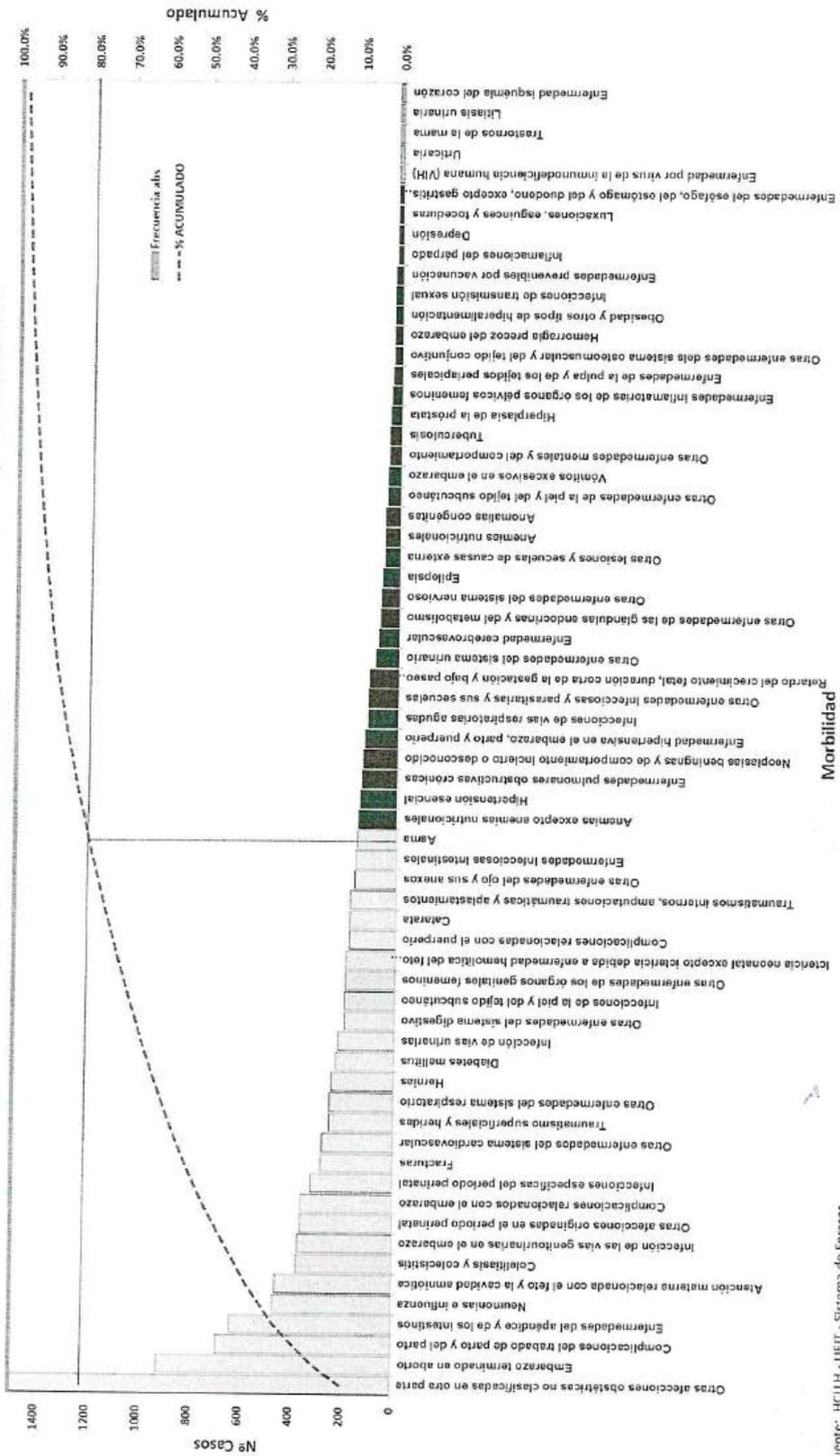
Nº	Grupos de causas (12/110)	Nº casos	%	% Acumulado
1	Otras afecciones obstétricas no clasificadas en otra parte	1684	13.3%	13.3%
2	Embarazo terminado en aborto	926	7.3%	20.6%
3	Complicaciones del trabajo de parto y del parto	692	5.5%	26.1%
4	Enfermedades del apéndice y de los intestinos	638	5.0%	31.1%
5	Neumonías e influenza	466	3.7%	34.8%
6	Atención materna relacionada con el feto y la cavidad amniótica	463	3.7%	38.4%
7	Colelitiasis y colecistitis	378	3.0%	41.4%
8	Infección de las vías genitourinarias en el embarazo	375	3.0%	44.4%
9	Otras afecciones originadas en el periodo perinatal	364	2.9%	47.3%
10	Complicaciones relacionados con el embarazo	362	2.9%	50.1%
11	Infecciones específicas del periodo perinatal	325	2.6%	52.7%
12	Fracturas	286	2.3%	54.9%
13	Otras enfermedades del sistema cardiovascular	282	2.2%	57.2%
14	Traumatismo superficiales y heridas	253	2.0%	59.2%
15	Otras enfermedades del sistema respiratorio	252	2.0%	61.2%
16	Hemias	247	1.9%	63.1%
17	Diabetes mellitus	228	1.8%	64.9%
18	Infección de vías urinarias	220	1.7%	66.6%
19	Otras enfermedades del sistema digestivo	197	1.6%	68.2%
20	Infecciones de la piel y del tejido subcutáneo	197	1.6%	69.7%
	Otras morbilidades	3832	30.3%	100.0%
	Total	12667	100%	

Fuente: HCLLH - UEIT - Sistema de Egresos

Elaborado: HCLLH - UESA - AIS



5.03 HCLLH: Priorización de la morbilidad atendida en hospitalización, 2017



Elaborado: HCLLH - UESA - AIS

Fuente: HCLLH - UEIT - Sistema de Egresos



SITUACIÓN DE LAS ENFERMEDADES Y EVENTOS SUJETOS A VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN SALUD PÚBLICA: TRANSMISIBLES Y NO TRANSMISIBLES

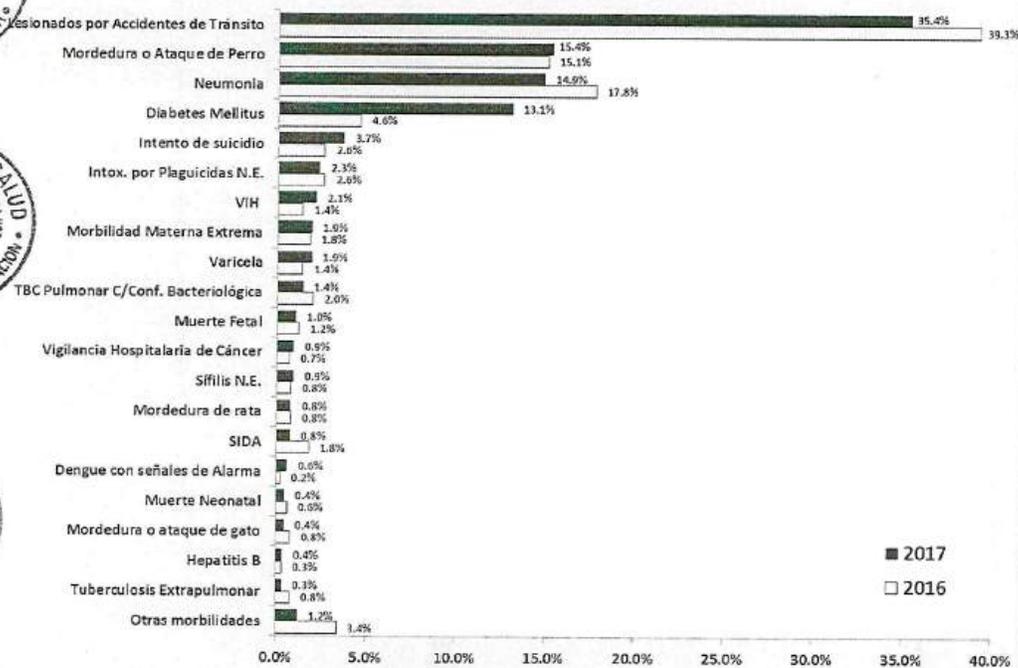
En el periodo 2014-2017 se ha notificado 16 185 casos con un promedio de 4046 casos anuales de enfermedades/eventos sujetos a vigilancia epidemiológica en salud pública; en los primeros lugares se encuentran los lesionados por accidentes de tránsito, mordedura o ataque de perro, neumonías y diabetes mellitus.

Durante el año 2017 se han notificado 4402 casos. Entre las principales enfermedades y eventos notificados se encuentran: lesionados por accidentes de tránsito (36,2%), mordedura o ataque de perro (15,7%), neumonías (15,2%) y Diabetes Mellitus (13,4%) quienes contribuyen con el 80,6% de los casos notificados.

El 99% de los casos tiene confirmación clínica, epidemiológica y/o de laboratorio, mientras que el 1% han sido descartados en la clasificación final.

El 68% de los casos proviene del distrito de Puente Piedra.

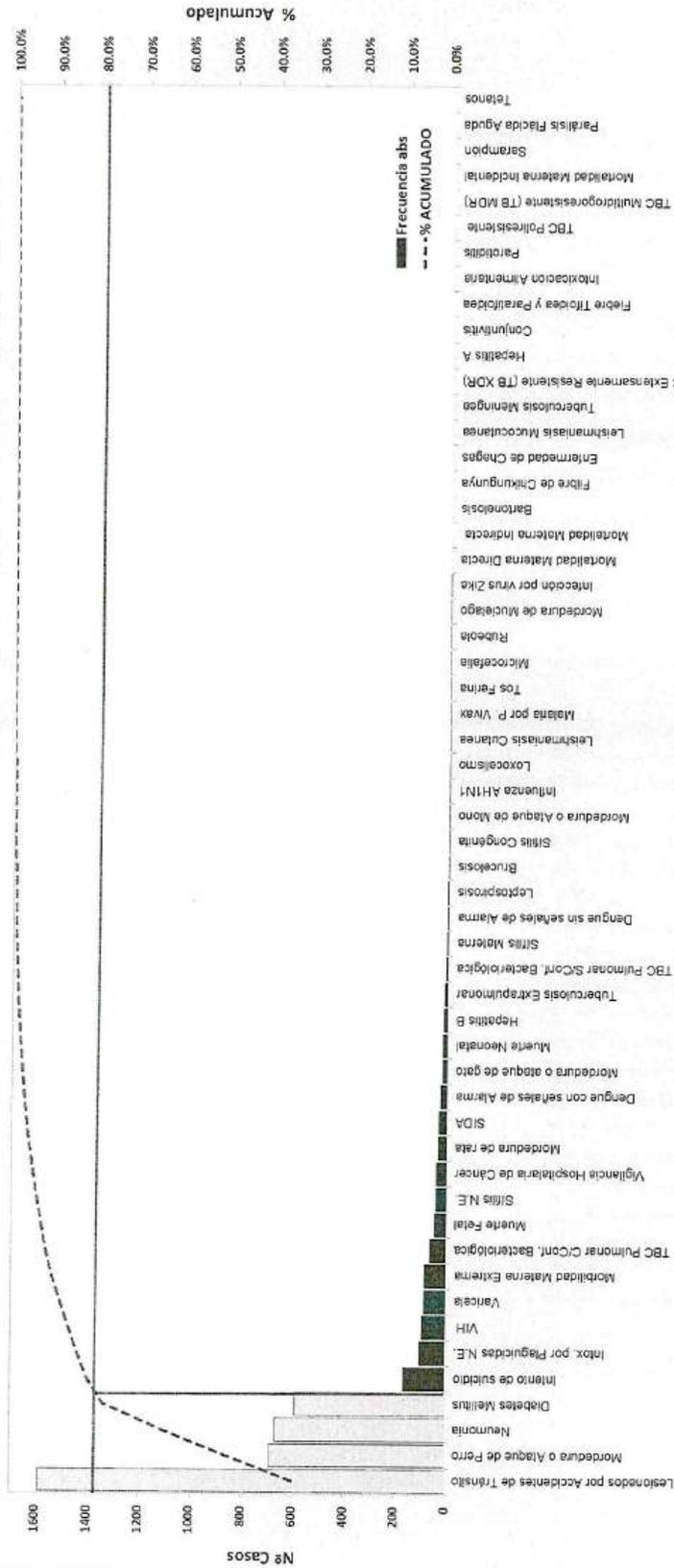
5.04. HCLLH: Principales causas de enfermedades/eventos sujetos a vigilancia epidemiológica en salud pública, 2016-2017.



Fuente: HCLLH - UESA - NOTI SP

Elaborado: HCLLH - UESA - AIS

5.05 HCLLH: Priorización de las enfermedades y eventos sujetos a vigilancia epidemiológica en salud pública, 2017.



Enfermedades/eventos sujetos a vigilancia epidemiológica en salud pública

Elaborado: HCLLH - UESA - AIS

Fuente: HCLLH - UESA - NOTISP



INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS (IIH) O IAAS

Durante el año 2017 se ha notificado 26 casos de infecciones reportados en todo el año; en comparación con los años anteriores se muestra una reducción significativa de alrededor del 50%. Las infecciones se presentaron con mayor incidencia el servicio de Ginecología con 21 casos, la UCI con 2 casos, y en el servicio de neonatología con 2 casos y Obstetricia 1 caso.

El tipo de infección que se presentó con más incidencia, fueron las infecciones de herida operatoria post cesárea; en el servicio de Gineco-Obstetricia, y el tipo de infección que menos se han reportado son las infecciones del tracto urinario.

En cuanto a las infecciones según factor de riesgo, las infecciones de herida operatoria asociado a partos por cesárea (17 casos) en el año 2017 no mostrando una disminución significativa en comparación con los años anteriores, las neumonías asociado al VM (2 casos) en el año 2017 mostrando una disminución significativa respecto a los años anteriores, la endometritis asociado a parto por cesárea (4 casos) para el 2017.

En la evaluación comparativa desde el año 2013 al 2017, se observa que la Tasa de Densidad de Incidencia (T.D.I.) y la Tasa de Incidencia Acumulada (T.I.A.), se ha reducido considerablemente, obteniendo en el presente año una T.D.I. 0.73 por 1000 días de exposición y una T.I.A de 0.33 por 100 pacientes vigilados, simultáneamente el número de infecciones se han reducido significativamente, debido a la implementación de algunas estrategias, especialmente en los servicios de UCI y Ginecología; sin embargo el tipo de infección más frecuente en el presente año ha sido las infecciones de herida operatoria relacionado a cesáreas con 17 casos y una T. I.A de 1.22 /100 pacientes vigilados, el tipo de infección que se ha reducido significativamente, han sido las neumonías asociado al VM con un caso y una T.D.I.A de 4.91/1000 días de exposición al VM, cabe mencionar este resultado ha logrado por la implementación de un paquete de medidas orientados a mejorar procedimientos de atención, por parte de todo el equipo de salud del servicio de UCI.

EXPOSICIÓN LABORAL EN PERSONAL DE SALUD

Durante el 2017, se han notificado 22 casos de accidentes laborales biológicos, la gran mayoría en personal de enfermería con 41% (enfermeras/os, técnicos de enfermería e internos de enfermería), seguido de personal médico con 23% (médicos e internos de medicina), personal de limpieza con 23%, personal de obstetricia con 10% (obstetras e internos de obstetricia).

Durante el año 2017 se han presentado 2 casos de Tuberculosis pulmonar en personal de salud, con tratamiento completo en ESSALUD.

El monitoreo y seguimiento de las prácticas de bioseguridad en los diferentes servicios del HCLLH, presentaron los siguientes resultados para el año 2017. El lavado de manos alcanzó el 49%, uso de EPP alcanzó el 58%, manejo de RRSS 79% y procedimientos y medidas preventivas el 41%.

5.2.2. ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD

Durante el periodo 2008-2017 se han registrado 962 defunciones hospitalarias, con un promedio de 96 casos anuales.

En el año 2017, se ha registrado 166 defunciones hospitalarias, con 400 causas de mortalidad. Dentro de las principales causas básicas tenemos septicemia no especificada con 13,3%, neumonía no especificada con 8,5%, insuficiencia respiratoria no especificada con 6,8%, insuficiencia respiratoria aguda con 3,8%, sepsis bacteriana del recién nacido no especificada con 3,0%, entre otros. Tabla 5,04 y gráfico 5,05.

5.04. HCLLH: Primeras causas de mortalidad hospitalaria, 2017.

Nº	Causas de mortalidad - CIE 10	Nº casos	%	% Acumulado
1	Septicemia, no especificada	53	13.3%	13.3%
2	Neumonía, no especificada	34	8.5%	21.8%
3	Insuficiencia respiratoria, no especificada	27	6.8%	28.5%
4	Insuficiencia respiratoria aguda	15	3.8%	32.3%
5	Sepsis bacteriana del rn, no especificada	12	3.0%	35.3%
6	Rn pre termino	10	2.5%	37.8%
7	Neumonía bacteriana, no especificada	10	2.5%	40.3%
8	Diabetes mellitus no insulino dependiente, s	9	2.3%	42.5%
9	Hipertension esencial (primaria)	8	2.0%	44.5%
10	Paro respiratorio	7	1.8%	46.3%
11	Infección de vías urinarias, sitio no especifico	6	1.5%	47.8%
12	Accidente vascular encefalico agudo, no es	6	1.5%	49.3%
13	Anemia de tipo no especificado	6	1.5%	50.8%
14	Sida	6	1.5%	52.3%
15	Insuficiencia renal aguda, no especificada	5	1.3%	53.5%
16	Otras cirrosis del hígado y las no especifico	5	1.3%	54.8%
17	Enfermedad pulmonar intersticial, no espec	5	1.3%	56.0%
18	Insuficiencia cardiaca, no especificada	5	1.3%	57.3%
19	Encefalopatía no especificada	5	1.3%	58.5%
20	Insuficiencia respiratoria del recién nacido	4	1.0%	59.5%
	Otras Mortalidad	162	40.5%	100.0%
Total		400	100%	

Fuente: HCLLH - UEIT - Sistema de Egresos

Elaborado: HCLLH - UESA - AIS



VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS MUERTES MATERNAS Y PERINATALES

Desde el periodo 2008-2017 se han notificado 14 **muertes maternas**, teniendo como promedio de Razón de Mortalidad Materna (RMM) de 40,1 por 100 000 nacidos vivos, debajo del promedio nacional (93,3 por 100 000 según ENDES 2013). En el año 2017, no se notificaron casos de muerte materna en la institución.

Durante el año 2017 se ha notificado 69 **muertes perinatales**, de los cuales el 68% son muertes fetales (47 casos) y el 32% muertes neonatales (22 casos).

Las defunciones fetales, ocurren principalmente en fetos con pesos $\geq 2500\text{gr.}$, entre 28-36 semanas de edad gestacional y que ocurren en el anteparto. Entre las principales causas de mortalidad fetal se encuentran la enfermedad materna no necesariamente relacionada con el embarazo (43%) como infección urinaria y preeclampsia; Complicaciones de la placenta, del cordón umbilical y de las membranas (21%) como corioamnionitis, DPP, circular de cordón.

Las defunciones neonatales, ocurren especialmente en neonatos con pesos $\geq 2500\text{gr.}$; en gestaciones pretérmino entre 28 y 36 semanas; y en los primeros 7 día de vida. Las principales causas de muerte neonatal están relacionadas con la prematuridad/inmadurez y asfixia.

Para el periodo 2010-2017, la tasa de mortalidad fetal se encuentra en 12 x 1000 nacimientos; la tasa de mortalidad neonatal se encuentra en 7,6 x 1000 nacidos vivos, ambas por debajo del promedio nacional, mientras que la tasa de mortalidad perinatal se encuentra en 19,5 x 1000 nacimientos.



5.2.3. ANÁLISIS DE LA SALUD PERCIBIDA

CLIMA ORGANIZACIONAL

De acuerdo a la evaluación del Clima Organizacional, desde el año 2011 se viene evaluando anualmente el Clima Organizacional de acuerdo a la metodología del MINSa-DGSP, en los últimos 3 años hemos alcanzando puntajes superiores a 56 puntos, dicho puntaje nos califica como institución con un Clima Organizacional POR MEJORAR.

Durante los años 2016-2017 no se ha ejecutado la encuesta por falta de recursos humanos en dicha área, que actualmente se encuentra en la Unidad de Recursos Humanos.



SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO

Utilizando la herramienta SERVQUAL (Quality Service) para determinar el nivel de satisfacción con la calidad del servicio que se brinda al usuario, los resultados del año 2017 se ubican en 32,1% de satisfacción del usuario externo, es decir nos encontramos en el rango POR MEJORAR; 51% menos que el año anterior.

En cuanto a las dimensiones por servicios, en consulta externa todas las dimensiones se encuentran en proceso, con 50,4% de usuarios satisfechos en la dimensión de fiabilidad; en Hospitalización y Emergencia todas las dimensiones se encuentran por debajo del 40%, es decir POR MEJORAR.



CONCLUSIONES

- ✓ El Hospital Carlos Lanfranco La Hoz con 46 años de existencia es un establecimiento de salud de mediana complejidad, considerado como establecimiento con Función Obstétrica y Neonatal Esencial (FONE) y categorizado con nivel II-2 sin población asignada, brinda atención integral de salud a la población del cono norte de Lima, en más de 20 especialidades médicas.
- ✓ Los distritos que forman parte de la jurisdicción sanitaria del HCLLH, Puente Piedra y Carabaylo, predomina la población en la etapa de vida adulto y joven, pobre y menor acceso a servicios básicos como agua potable y desagüe, con algunas zonas de difícil acceso geográfico, que el promedio de Lima Metropolitana.
- ✓ El 70% de los trabajadores son nombrados, el 72% asistenciales, principalmente técnicos/auxiliares asistenciales.
- ✓ Se cuenta con 63 consultorios funcionales y 103 camas hospitalarias, distribuidas en las especialidades básicas; se brinda prestaciones principalmente por seguros de salud como SIS y SOAT.

El 80% de las exoneraciones corresponde a Emergencia y Hospitalización.

Durante el año 2017 se ha logrado alcanzar una ejecución presupuestal a toda fuente de financiamiento del 93.42%; no se han ejecutado proyectos de inversión pública.

- ✓ El Plan Maestro de Inversiones aprobado, aún no ha iniciado por falta de presupuesto.

U.P.S.S. Consulta Externa: se brinda en promedio 153 883 atenciones/año con un total de 27 787 atendidos/año; 5 atenciones/paciente atendido y un promedio de 16 atenciones/día. 62% de los atendidos son de sexo femenino; principalmente son adultos y jóvenes.

El rendimiento hora/médico es de 4,1 atenciones por hora por médico. Neumología, Endocrinología, Cardiología, Otorrinolaringología, entre otros, tienen el mayor rendimiento (≥ 5), superior al estándar; mientras Cirugía Reconstructiva se ubica debajo del estándar para la categoría.

La concentración es de 2,8 atenciones médicas/paciente atendido. Ginecología y Obstetricia se encuentran por encima del estándar con 6,4 atenciones/paciente atendido; sólo Infectología y Ginecología se encuentran dentro del estándar; mientras que las demás especialidades médicas se ubican debajo del estándar esperado para la categoría.

- ✓ **U.P.S.S. Hospitalización:** se atienden en promedio 8 018 egresos por año; el Departamento de Gineco-Obstetricia acumula el 60%.

Para el año 2017 hubo 10 356 egresos hospitalarios, el departamento de Gineco-Obstetricia concentra el 51% de los egresos. El promedio de permanencia es de 2,9 días por egreso y el porcentaje de ocupación de cama se encuentra en 79,8%, ambos ligeramente debajo del estándar nacional. El Rendimiento de cama es de 9 egresos/cama/mes, y el intervalo de sustitución es 0,7 día, se encuentran dentro del estándar nacional.



- ✓ **U.P.S.S. Emergencia:** En promedio se brindan 50 975 atenciones por año. El servicio de mayor demanda es Medicina que concentra el 34%, mientras que Neonatología y Odontología alcanzan el 1%.

Durante el año 2017 hay 58 830 atenciones, 2,7% menos que el año anterior. Medicina interna, Pediatría, Cirugía y Gineco-Obstetricia son las que concentran el mayor número de atenciones.

- ✓ **U.P.S.S. Centro Quirúrgico:** En promedio se brindan 3 397 intervenciones quirúrgicas por año. El 53% corresponde a Cirugía y el 46% a Gineco-Obstetricia.

El aprovechamiento de las salas de operaciones es de 88,9%, el rendimiento quirófano en promedio es de 106 intervenciones mensuales por quirófano, y el porcentaje de intervenciones quirúrgicas suspendidas, es de 15,5%, se ubican por encima del estándar para la categoría.

El grado de cumplimiento de las operaciones programadas es de 84,4%, inferior al estándar.

La tasa de mortalidad en centro quirúrgico, es de 0,5 por cada 5000 pacientes intervenidos, ubicado dentro del estándar.



- ✓ **U.P.S.S. Centro Obstétrico:** En promedio se atienden 3 500 partos, el 60,3% son partos vaginales, con una tasa de cesáreas de 39,7%. El rendimiento de sala de partos fue de 59,8 partos mensuales, 02 partos/cama de parto/día.



- ✓ **Programas Presupuestales:** En la institución se han implementado 10 programas presupuestales, las que vinculan la asignación de recursos a productos medibles a favor de la población y en cumplimiento de las metas estratégicas institucionales.

En la ejecución de los programas presupuestales se observa brecha de información entre estadística y los informes paralelos. Información de programas presupuestales discrepa de la información presentada por OPE; Falta de sensibilización y compromiso de profesionales de salud para mejorar el registro de la información, diagnósticos y procedimientos; Presupuesto que no ha sido utilizado en su totalidad para las actividades operativas de cada programa presupuestal.



- ✓ **Servicio de Nutrición:** se atienden en promedio 19 730 raciones/año (38%) a pacientes hospitalizados y 32 194 raciones/año (62%) a personal de salud que realiza guardias hospitalarias.

- ✓ **Manejo de Residuos Hospitalarios:** Durante el año 2017 se ha generado en un total de 89 767,44 kilogramos y un promedio de 7 480,62 kilogramos/mes de residuos sólidos biocontaminados segregados, con incremento anual progresivo de la generación de residuos sólidos biocontaminados.



- ✓ **Morbilidad agrupada (Lista OPS 12/110),**
En Consulta Externa predomina la morbilidad por otras enfermedades mentales y del comportamiento con 4,4%, atención materna relacionada con el feto y la cavidad amniótica con 3,8%, otras enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo con 3,7%, las infecciones de las vías respiratorias agudas con 3,6%, otras enfermedades del ojo y sus anexos con 3,4%, entre otras.

La morbilidad en el sexo femenino representa el 65% del total de patologías atendidas, mientras que el sexo masculino el 35%.

Los adultos concentran el 39,6% de la patología atendida, los adultos mayores el 25%, jóvenes el 15,7%, los niños/niñas el 14,8% y el 4,9% los adolescentes.

En Emergencia destacan los traumatismos superficiales y heridas (28,2%), infecciones de las vías respiratorias agudas (11,8%), enfermedades infecciosas intestinales (6,3%), asma (3,8%) y fracturas (3,1%), quienes acumulan el 53,2% de las morbilidades.

La morbilidad en el sexo femenino representa el 52,7% del total de patología, mientras que el sexo masculino el 47,3%.

Los niños/niñas concentran el 34,2% de la patología atendida, los adultos el 28,4%, jóvenes el 20,6%, los adultos mayores el 11,1% y el 5,7% los adolescentes.

Hospitalización: Las patologías por egresos hospitalarios que más se atendieron durante el año 2017 fueron otras afecciones obstétricas no clasificadas en otra parte (13,3%), embarazo terminado en aborto (7,3%), complicaciones del trabajo de parto y del parto (5,5%), enfermedades del apéndice y de los intestinos (5%), neumonía e influenza (3,7%) las que acumulan el 35% de la morbilidad hospitalaria.

La morbilidad en el sexo femenino representa el 71% del total de patologías atendidas en hospitalización, mientras que el sexo masculino el 29%.

Entre los egresos hospitalarios, los adultos concentran el 31,4% de la patología atendida, jóvenes el 28,9%, los niños/niñas el 18,9%, los adultos mayores el 15,5%, y el 4,4% los adolescentes.

Enfermedades y eventos sujetos a vigilancia epidemiológica en salud pública,

En el periodo 2014-2017 se ha notificado 16 185 casos con un promedio de 4046 casos anuales de enfermedades/eventos sujetos a vigilancia epidemiológica en salud pública; en los primeros lugares se encuentran los lesionados por accidentes de tránsito, mordedura o ataque de perro, neumonías y diabetes mellitus.

Durante el año 2017 se han notificado 4402 casos. Entre las principales enfermedades y eventos notificados se encuentran: lesionados por accidentes de tránsito, mordedura o ataque de perro, neumonías y Diabetes Mellitus quienes contribuyen con el 80,6% de los casos notificados. El 99% de los casos tiene confirmación clínica, epidemiológica y/o de laboratorio, mientras que el 1% han sido descartados en la clasificación final.

Infecciones Intrahospitalarias (IIH) o IAAS, Durante el año 2017 se ha notificado 26 casos de infecciones reportados en todo el año; en comparación con los años anteriores se muestra una reducción significativa de alrededor del 50%. Las infecciones se presentaron con mayor incidencia el servicio de Ginecología con 21 casos, la UCI con 2 casos, y en el servicio de neonatología con 2 casos. Las principales IAAS son la infección de herida operatoria post cesárea con una T.I.A 1.22/100 partos cesárea; cabe resaltar que la implementación de proyectos de mejora en prevención y control de las infecciones, el aporte de todo el personal de salud y el oportuno abastecimiento de materiales e insumos, influye en el comportamiento de los indicadores hospitalarios.

Exposición laboral en Personal de Salud, en el año 2017 se han presentado 22 casos de **accidentes laborales**, principalmente en personal de enfermería, personal médico y de limpieza.



- ✓ En el año 2017, se han presentado 2 casos de **tuberculosis pulmonar** en personal asistencial.

El monitoreo y seguimiento de las prácticas de bioseguridad en los diferentes servicios del HCLLH, presentaron los siguientes resultados para el año 2017. El lavado de manos alcanzó el 49%, uso de EPP alcanzó el 58%, manejo de RRSS 79% y procedimientos y medidas preventivas el 41%.

- ✓ **Análisis de la Mortalidad**, durante el periodo 2008-2017 se han registrado 997 defunciones hospitalarias, con un promedio de 100 casos anuales.

En el año 2017, se ha registrado 166 defunciones hospitalarias. Dentro de las principales causas básicas tenemos septicemia no especificada con 13,3%, neumonía no especificada con 8,5%, insuficiencia respiratoria no especificada con 6,8%, insuficiencia respiratoria aguda con 3,8%, sepsis bacteriana del recién nacido no especificada con 3,0%, entre otros.

Para el periodo 2008-2017, el 50% de las muertes ocurrieron en la etapa de vida adulto mayor, el 24% corresponden a los adultos, 21% a niños, 4% a jóvenes y el 1% a adolescentes.

Para el año 2017, entre las principales causas de mortalidad en la etapa de vida niño (0 a 11 años) tenemos a Sepsis bacteriana del recién nacido, no especificada; Recién nacido pre termino; Insuficiencia respiratoria del recién nacido; síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido.

Entre los adolescentes (12 a 17 años), no se reportaron casos.

En la etapa de vida joven (18 a 29 años) las principales causas de mortalidad son Septicemia, no especificada; traumatismos superficiales múltiples no especificados; Traumatismo superficial de la cabeza; Choque no especificado.

En la etapa de vida adulto (30 a 59 años) tenemos Septicemia, no especificada; Neumonía, no especificada; SIDA; Insuficiencia respiratoria, no especificada; Diabetes mellitus no insulino dependiente.

En la etapa de vida adulto mayor (60 a más años), destacan Septicemia, no especificada; Neumonía, no especificada; Insuficiencia respiratoria, no especificada; Insuficiencia respiratoria aguda; Neumonía bacteriana, no especificada.

- ✓ **Vigilancia epidemiológica de las muertes maternas**, desde el periodo 2008-2017 se han notificado 14 muertes maternas, teniendo como promedio de Razón de Mortalidad Materna (RMM) de 40,1 por 100 000 nacidos vivos, debajo del promedio nacional (93,3 por 100 000 según ENDES 2013). En el año 2017, no se notificaron casos de muerte materna en la institución.

- ✓ **Vigilancia epidemiológica de las muertes perinatales**, Durante el año 2017 se ha notificado 69 muertes perinatales, de los cuales el 68% son muertes fetales (47 casos) y el 32% muertes neonatales (22 casos).

Las defunciones fetales, ocurren principalmente en fetos con pesos ≥ 2500 gr., entre 28-36 semanas de edad gestacional y que ocurren en el anteparto. Entre las principales causas de mortalidad fetal se encuentran la enfermedad materna no necesariamente relacionada con el embarazo (43%) como infección urinaria y preeclampsia; Complicaciones de la placenta, del cordón umbilical y de las membranas (21%) como corioamnionitis, DPP, circular de cordón.

Las defunciones neonatales, ocurren especialmente en neonatos con pesos ≥ 2500 gr.; en gestaciones pretérmino entre 28 y 36 semanas; y en los primeros 7 día de vida. Las



principales causas de muerte neonatal están relacionadas con la prematuridad/inmadurez y asfixia.

Para el periodo 2010-2017, la tasa de mortalidad fetal se encuentra en 12 x 1000 nacimientos; la tasa de mortalidad neonatal se encuentra en 7,6 x 1000 nacidos vivos, ambas por debajo del promedio nacional, mientras que la tasa de mortalidad perinatal se encuentra en 19,5 x 1000 nacimientos.

- ✓ **Clima Organizacional**, durante el año 2017 no se ha ejecutado la encuesta por falta de recursos humanos en dicha área.
- ✓ **Satisfacción del usuario externo**, los resultados del año 2017 se ubican en 32,1% de satisfacción del usuario externo, es decir nos encontramos en el rango Por Mejorar; hubo reducción en 51% respecto al año anterior.
- ✓ **Vulnerabilidad Sísmica**: De la evaluación estructural se observa que el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz no es seguro ante la acción de un sismo severo ya que todas las edificaciones analizadas (áreas críticas) sobrepasan los límites de distorsiones (0.003) y/o esfuerzos cortantes resistentes de acuerdo a la norma técnica E.070 en los muros de albañilería.

En el caso de la edificación más reciente, Bloque 9-C, también supera los límites mencionados anteriormente, pero en menor medida a las demás. Desde el punto de vista estructural correspondiente a la filosofía de diseño de la norma peruana sismorresistente (E.030) las edificaciones son seguras para evitar la pérdida de vidas humanas; sin embargo, para los componentes no estructurales la distorsión de entrepiso mencionada produce fisuras en los muros de albañilería.

Con respecto al sismo moderado, se ha observado que sus demandas producirían grietas en los muros de albañilería provocando que los componentes no estructurales y de líneas vitales adosados a estos, colapsen.

- ✓ El resultado total del **Índice de Seguridad Hospitalaria** muestra que en la infraestructura del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz prevalece la vulnerabilidad en más del 50% reflejado con un indicador de 0.72, derivando el resultado del modelo matemático a la categoría "C", a lo cual debemos tomar en cuenta acciones inmediatas que permitan disminuir dicha vulnerabilidad frente a un evento adverso.

El Índice de vulnerabilidad determina la susceptibilidad o el nivel de un daño esperado en la infraestructura, equipamiento y funcionalidad de un establecimiento hospitalario frente a un desastre determinado.

Conjuntamente el documento, por su naturaleza vinculante, debería servir para mejoras tanto en la infraestructura (reforzamientos, restauraciones, ampliaciones, entre otros) como en el equipamiento y reequipamiento del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz de Puente Piedra, así como también, en la elaboración de planes de contingencia para prevención y atención en caso de emergencias y desastres, capacitaciones del personal otros que redunden en el bienestar y la mejor atención de la población y su entorno.

En el año 2017 se ha realizado la **evaluación de riesgos laborales** en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz mediante la aplicación de la matriz IPERC la misma que muestra Riesgo Alto en la mayoría de servicios.



RECOMENDACIONES

- Agilizar las coordinaciones para contar con el presupuesto necesario para la ejecución de proyectos contemplados en el Plan Maestro, en vista que las estructuras (incluyendo el tipo de cimentación) no son seguras frente a un sismo severo y presentarían algunas fallas frente a un sismo moderado.
- Coordinar con la DIRIS Lima Norte o con quien corresponda mejorar los procesos de afiliación al SIS para garantizar la atención integral del paciente por emergencia y hospitalización, a fin de disminuir las exoneraciones por servicio social.
- En el proceso de Acreditación, subsanar las observaciones de la Autoevaluación en un plazo de 9 meses.
- Evaluar los indicadores de consulta externa al interior de las especialidades médicas y no médicas, ya que existen promedios extremos que pueden afectar la calidad de la atención brindada.
- Replantear las necesidades de hospitalización en función de los indicadores que miden el aprovechamiento del recurso cama hospitalaria.
- Mejorar el cumplimiento de las operaciones programadas y porcentaje de intervenciones suspendidas.
- Reevaluar las indicaciones para cesárea, a fin de reducir la tasa de cesáreas y ubicarnos dentro del estándar esperado para la categoría.
- Mejorar y/o sensibilizar al personal de salud en la segregación adecuada de residuos sólidos, a fin de disminuir los costos que genera su disposición final.
- Sensibilización y compromiso de profesionales de salud para mejorar el registro de la información (HIS, diagnósticos CIE 10, entre otros).
- Ejecución de los gastos deben ser en relación a las necesidades de los productos o actividades operativas programadas para el cumplimiento de las metas físicas.
- Mejorar los procesos administrativos para una ejecución eficiente del gasto.
- Información de programas presupuestales debe ser congruente con la información de la UEIT, OPE y UESA.
- Implementar banco de sangre tipo II.
- Reuniones periódicas con los centros de costos para analizar el avance de las metas físicas.
- Sensibilizar al personal de admisión para un mejor registro de datos de filiación para agilizar la entrega de resultados, en especial aquellas que cursan con neoplasias malignas o las enfermedades o eventos de vigilancia en salud pública.
- Socialización de las definiciones operacionales y programación de metas físicas a todo el personal de salud.
- Resocializar la importancia del adecuado registro del HIS
- Solicitar la designación de personal técnico para transporte de las muestras a Laboratorio Referencial o INS.
- Contratación de un especialista en oncología y citotecnólogo.
- Coordinar con las áreas que actualmente brindan cuidados paliativos para neoplasias en el hospital para la mejor atención de los usuarios.
- Mantenimiento preventivo y correctivo de equipos biomédicos de acuerdo a lo programado en su Plan Anual.
- Jefaturas deben remitir información en forma oportuna y consistente que sustente las actividades operativas.



- Los servicios deben verificar la morbilidad atendida en especial su codificación CIE-10, las mismas que deben reflejar la especialidad atendida.
- Mejorar la oferta de servicios especializados dada la demanda existente, como Hemodiálisis, Oncología y Endocrinología, entre otros.
- Fortalecimiento de la capacidad de respuesta de los recursos humanos, infraestructura y equipamiento (como incubadoras, equipos de soporte ventilatorio), procesos de atención y gestión de la salud materna y neonatal, como banco de sangre, UCI, Neonatología y UCI Neonatal.
- Coordinaciones con los establecimientos de salud de la jurisdicción sanitaria para la captación oportuna y atención prenatal adecuada de las gestantes, así como la derivación en casos de complicaciones obstétricas, a fin de prevenir la morbi-mortalidad materna y perinatal.
- Coordinaciones con el Instituto de Medicina Legal para la disponibilidad de los resultados de Protocolos de Necropsia a nivel de la DIRIS Lima Norte.

Aplicar los controles administrativos y de ingeniería para eliminar los PELIGROS o en su defecto reducir los RIESGOS, en vista que los trabajadores se encuentran vulnerables a los peligros existentes en el HCLLH.

Propiciar una cultura de cumplimiento de las normas técnicas de un correcto llenado de historia clínica: limpieza, coherencia, legibilidad, nombre, firma y sello del profesional responsable en la atención y así mejorar nuestros datos estadísticos.

Gestionar el Preventorio Especializado en Cáncer.

Fortalecer la Cultura Organizacional.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Día mundial de la población. Nota de prensa N° 127 del 11 de julio del 2016.
2. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Una Mirada a Lima Metropolitana. 2014.
3. Compañía Peruana de Estudios de Mercados y Opinión Pública S.A.C. (CPI). Compañía Peruana de Estudios de Mercados y Opinión Pública S.A.C. Market Report N° 07. Agosto 2017.
4. Municipalidad Distrital de Puente Piedra. Plan Estratégico Institucional, 2017-2019.
5. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Esperanza de vida de la población peruana. Nota de prensa N° 188, noviembre 2015. <https://www.inei.gov.pe/prensa/noticias/esperanza-de-vida-de-poblacion-peruana-aumento-en-15-anos-en-las-ultimas-cuatro-decadas-8723/> accesado el 28/02/2018.
6. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Panorama general: Informe sobre Desarrollo Humano 2016.
7. Ministerio de Salud. MINSA - DGE. Análisis de situación de la Provincia de Lima, 2011.
8. Ministerio de Economía y Finanzas. Medición de la Pobreza. http://www.mef.gov.pe/index.php?option=com_content&view=article&id=370&Itemid=100412. Consultado el 31/07/2014.
9. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Base de Datos REDATAM: Censos Nacionales 2007: XI de población y VI de vivienda.
10. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Mapa de Pobreza Provincial y Distrital 2009, 2013.
11. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Informe Técnico "Evolución de la pobreza monetaria 2007-2017". Abril 2018.
12. Instituto Nacional de Estadística e Informática. "Perú: Indicadores de Educación por Departamentos, 2007-2017".
13. HCLLH - UGC. Ayuda memoria Proceso de Recategorización del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz Nivel II-2.
14. Ministerio de Salud. MINSA - DGSP. Norma Técnica N° 021-MINSA/DGSP-V.03 aprobado con RM N° 546-2011/MINSA. NTS categorías de establecimientos del sector salud.
15. Ministerio de Salud. MINSA - DGSP. Norma Técnica N° 050-MINSA/DGSP-V.02 aprobado con RM N° 456-2007/MINSA. NTS para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.
16. HCLLH - OPE. Evaluación del Plan Operativo Anual y Memoria Anual 2016.
17. Ministerio de Salud. MINSA - DGSP. Documento Técnico: Metodología para el Estudio de Clima Organizacional. RM N° 468-2011/MINSA.
18. Ministerio de Salud. MINSA - DGSP. Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario externo. RM N° 527-2011/MINSA.
19. HCLLH-UGC. Listado de Indicadores Hospitalarios y de Gestión del HCLLH, 2012. R.D. 004-01/2013-DE-HCLLH/SA.
20. Ministerio de Salud. MINSA-DGE. Manual de Indicadores Hospitalarios. 2001. PERU/MINSA/OGE-01/004. Serie de Herramientas metodológicas en Epidemiología y Salud Pública.
21. Decreto Supremo N° 001-2017-SA. Decreto Supremo que define las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios a cumplir en el año 2017.



22. Ministerio de Salud. MINSA/OGEI. Indicadores de Gestión y Evaluación Hospitalaria, para Hospitales, Institutos y DIRESA. Documento de Trabajo. 2013.
23. Ministerio de Salud. MINSA/IGSS. Convenio N° 125-2015/MINSA. Convenio de Gestión entre el MINSA y el IGSS.
24. Ministerio de Salud. MINSA/HCLLH-UNI. Estudios de vulnerabilidad sísmica: estructural, no estructural y funcional en catorce establecimientos de salud de la provincia de Lima. 2013.
25. Directiva Sanitaria 046 -MINSA/DGE-V.01 "Directiva que establece la Notificación de Enfermedades y Eventos Sujetos a vigilancia epidemiológica en Salud Pública".
26. Ministerio de Salud. MINSA/DGE. Norma Técnica Sanitaria 078-MINSA/DGE "Norma Técnica de Salud que establece el Subsistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica Perinatal y Neonatal". 2009.
27. Ministerio de Salud. MINSA/DGE. Mortalidad Neonatal en el Perú y sus departamentos, 2011 - 2012. Elaborado por Jeannette Ávila Vargas-Machuca, Mario Tavera Salazar y Marco Carrasco Gamarra. 2013.
28. Ministerio de Salud. MINSA/DGE. Maguiña M, Miranda J. La mortalidad Materna en el Perú 2002-2011.
29. Carvalho P, Guilherme C, Osis M, Souza J. El papel de las demoras en la atención de la mortalidad y morbilidad materna graves: una ampliación del marco conceptual. *Reproductive Health Matters* (Londres). 2012; 20(39):155-163.
30. Ministerio de Salud. R.M. N° 663-2008/MINSA que aprueba el documento Técnico Metodología para el Análisis de Situación de Salud Regional.
31. Dirección de Salud V Lima Ciudad. R.D. 454/2011-DG-EPI-DISA V LC que aprueba el Documento Técnico Directiva Sanitaria N° 001-DISA-V-LC/OE-V.01. Elaboración del Análisis Situacional de Salud Hospitalario (ASISHO) de la DISA V Lima Ciudad.
32. Ministerio de Salud. R.M. N° 463-2010/MINSA que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.
33. Ministerio de Salud. R.M. N° 439-2015/MINSA que aprueba el Documento Técnico "Metodología para el Análisis de Situación de Salud Local".
34. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Formas de acceso al agua y saneamiento básico. Marzo 2018.
35. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Formas de acceso al agua y saneamiento básico. Síntesis estadística. Setiembre 2016.
36. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Informe Técnico N° 01. Estadísticas Ambientales, diciembre 2017.
37. HCLLH. Índice de Seguridad Hospitalaria. Informe de Evaluación. Diciembre 2017.
38. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Compendio Estadístico Provincia de Lima 2017. Diciembre 2017.
39. Ministerio de Salud. MINSA/DGE-CDC. Indicadores Básicos 2016.
40. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Nota de prensa N° 063-2018: Pobreza monetaria 2017.
41. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Nota de prensa N° 199-2017: Cobertura de alfabetización 2017.



ACRÓNIMOS

MINSA	Ministerio de Salud
INEI	Instituto Nacional de Estadística e Informática
DGE	Dirección General de Epidemiología
HCLLH	Hospital Carlos Lanfranco La Hoz
UESA	Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental
AIS	Área de Inteligencia Sanitaria
UEIT	Unidad de Estadística, Informática y Telecomunicaciones
RS LN IV	Red de Salud Lima Norte IV
DISA V LC	Dirección de Salud V Lima Ciudad
DISA II LS	Dirección de Salud II Lima Sur
DIRIS LN	Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte

