

OGEEES ESPECIALIZADA
HOSPITAL II – 2 TARAPOTO

DIRECTOR EJECUTIVO

Dr. Miguel Ángel Gomez Abanto

**Unidad Especializada
de Inteligencia
Sanitaria**

**Oficina de
Epidemiología**

Lic. Enf. Marlon Manuel Daza Farias

Jefe de la Unidad Especializada de
Inteligencia Sanitaria, OGESS

Lic. Enf. Janett Rosario Ramirez Torres

Jefe de la Oficina de Epidemiología

Lic. Enf. Yovana Bartra Vela

Vigilancia de Infecciones Asociadas a la
Atención en Salud

TAP. Wilder de la Cruz Villanueva

Responsable del Área de salud Ambiental

Tec. Inf. Jhonatan Murrieta Bartra

Responsable de Notificación

TAP. Lily Chujandama Garcia

Secretaria



Comité editor

Lic. Enf. Yovana Bartra Vela

Proceso de información

Obst. Julisa Herencia Acosta

Diseño, redacción, edición y análisis
Epidemiológico

Lic. Enf. Milagros del Pilar Bartra Vela

Diseño, redacción, edición y análisis
Epidemiológico



BOLETÍN MENSUAL DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD (IAAS)

AGOSTO-2023

NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA

INTRODUCCION

La "neumonía asociada a intubación" es la neumonía que se desarrolla en un paciente en ventilación mecánica después de la intubación. La neumonía nosocomial es la principal causa de muerte debida a infecciones adquiridas en el hospital. El 20% de los pacientes intubados y hasta el 70% de los pacientes con síndrome de distrés respiratorio agudo desarrollan neumonía asociada al respirador. En pacientes intubados y ventilados mecánicamente, la incidencia de neumonía asociada a ventilación mecánica es del 1% por día durante el primer mes de ventilación mecánica. La tasa de mortalidad de la neumonía asociada a ventilación mecánica puede superar el 50%, especialmente si en la infección participan microorganismos multirresistentes, como estafilococos resistentes a meticilina (MRSA), Pseudomonas aeruginosa y Acinetobacter baumannii, que son particularmente frecuentes en pacientes que han recibido previamente terapia antibiótica por neumonía asociada a ventilación mecánica.



PROCEDIMIENTO DIAGNÓSTICO EN LA NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA

El diagnóstico clínico se establece cuando el paciente presenta un infiltrado pulmonar nuevo o progresivo en la radiografía de tórax y, al menos, dos de los siguientes criterios: fiebre superior a 39 °C, secreciones traqueales purulentas, leucopenia o leucocitosis con desviación a izquierda (> 10% de bandas) o deterioro de la oxigenación (> 15% de disminución de la relación PaO₂/FiO₂).

LAS PRINCIPALES TÉCNICAS PARA EL DIAGNÓSTICO EN PACIENTES INTUBADOS SON:

1. Hemocultivo
2. Cultivo y análisis del líquido pleural.
3. Toma de muestras no invasiva de secreciones respiratorias. Pueden obtenerse aspirados endotraqueales.
4. Toma de muestras invasiva de secreciones respiratorias:
 - a) Toma de muestras no broncoscópica (ciega) de vía aérea distal: Catéter telescopado protegido, Lavado broncoalveolar (BAL) protegido.
 - b) Toma de muestras broncoscópica de la vía aérea distal: BAL protegido, Catéter telescopado.

FISIOPATOGENIA

La mayoría de los autores coinciden en que la neumonía asociada a ventilación mecánica se desarrolla como consecuencia de la aspiración de secreciones contaminadas con organismos patógenos que parecen adquirirse por vía endógena. Estos patógenos alcanzan la vía distal mediante el reflujo y aspiración mecánicos de contenido gástrico contaminado, y también mediante la inoculación repetitiva de secreciones de la vía aérea superior hacia el árbol traqueo bronquial distal.

EFFECTOS SISTÉMICOS DE LA NEUMONÍA

El impacto de la neumonía sobre la mortalidad puede resultar difícil de apreciar, dado que la ventilación mecánica a menudo es capaz de corregir las anomalías de ventilación/perfusión que la neumonía causa y evitar la muerte por hipoxemia refractaria. Así, la muerte resulta atribuible más a los efectos sistémicos de la infección o a la incapacidad de los pulmones para recuperarse de la insuficiencia respiratoria aguda. La neumonía es un factor etiológico reconocido de síndrome de distrés respiratorio agudo, síndrome séptico y shock séptico.

INFECCIONES RESPIRATORIAS:

Acinetobacter

Puede causar bronquiolitis y traqueobronquitis extrahospitalarias en niños sanos, y traqueobronquitis en adultos inmunocomprometidos. *Acinetobacter* coloniza fácilmente los sitios de traqueostomía. Las neumonías intrahospitalarias por *Acinetobacter* suelen ser multilobulares y complicadas. La bacteriemia secundaria y el shock séptico se asocian con un mal pronóstico.

Pseudomonas aeruginosa.

Es un patógeno nosocomial y es el bacilo gramnegativo que con mayor frecuencia produce neumonía nosocomial. Dentro del hospital, *P. aeruginosa* actúa como un patógeno oportunista. Son más vulnerables los pacientes con interrupción de la piel o las mucosas, catéteres intravenosos o en el aparato urinario, neutropenia, medicación inmunosupresora, fibrosis quística y diabetes mellitus.

PREVENCIÓN DE LA NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA

Las recomendaciones que exponemos a continuación se basan en la evidencia y pueden clasificarse en medidas no farmacológicas y farmacológicas para la prevención de la neumonía asociada a ventilación mecánica.

A. Prevención no farmacológica de la neumonía asociada a ventilación mecánica

1. El factor más importante en la difusión de numerosos patógenos nosocomiales es la contaminación de las manos del personal hospitalario. Por tanto, el lavado de manos tiene un papel central en el control de la infección
2. Precauciones barrera. El uso de guantes y batas protectores disminuye la difusión de algunas infecciones causadas por microorganismos resistentes a los antibióticos, tales como las causadas por *S. aureus* resistente a la meticilina (MRSA) y enterococos resistentes a la vancomicina.
3. Posición de los pacientes. La posición semiincorporada del paciente en ventilación mecánica.
4. Medidas preventivas relacionadas con los tubos. Los tubos endotraqueal y nasogástrico deberían ser retirados cuanto antes. Cuanto más tiempo están colocados, mayor es el riesgo de distrés y neumonía
5. La mejor estrategia para prevenir la neumonía asociada a ventilación mecánica consiste en evitar la intubación endotraqueal, lo que resulta posible mediante el uso de ventilación no invasiva a presión positiva.
6. Mantenimiento de las tubuladuras del circuito del respirador. En el líquido del condensado se hallan elevadas concentraciones de bacterias patógenas.
7. Nutrición. La mayoría de los estudios que demuestran que el soporte nutricional mejora la morbilidad y mortalidad se han realizado en pacientes traumatizados; no obstante, en la práctica se generalizan estos datos a todo tipo de pacientes críticos.
8. Ajustar la sedación utilizando escalas de sedación, evitando la sedación y relajación innecesarias.
9. Evitar agentes inmunodepresores como glucocorticoides, pentotal o citotóxicos.

TRATAMIENTO DE LA NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILADOR

La piedra angular de la terapia son los antibióticos. Dado que en el momento del diagnóstico clínico de la neumonía asociada a ventilación mecánica no se dispone de resultados de cultivo, la terapia antibiótica inicial es empírica, independientemente de qué técnica de cultivo se ha utilizado. Se ha demostrado que la terapia antibiótica inicial inapropiada es uno de los factores más significativos de mal pronóstico en la neumonía asociada a ventilación mecánica.

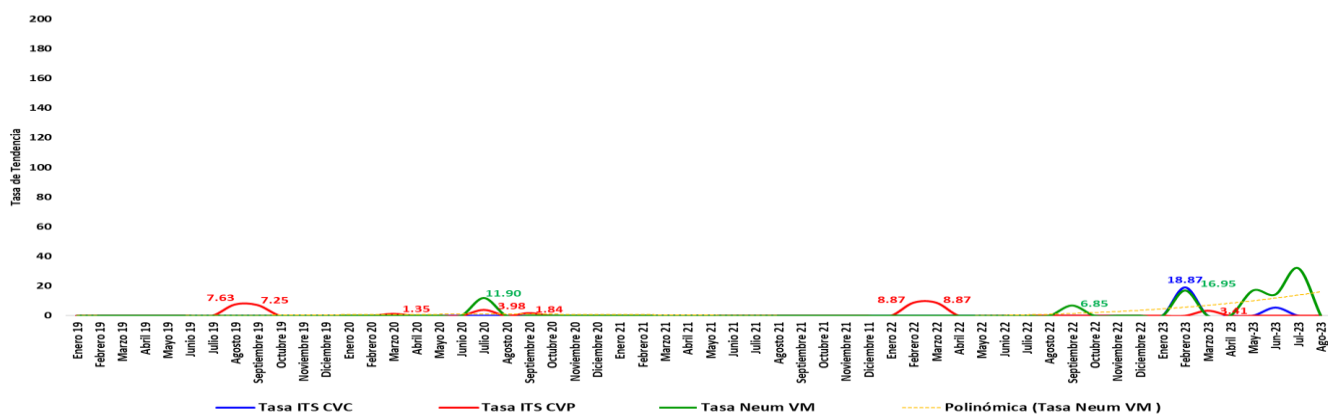
NEONATOLOGÍA

Tabla 1: TASAS GENERALES DE NEONATOLOGÍA

MES	Catéter venoso Central (CVC)				Catéter Venoso periférico (CVP)				Ventilador Mecánico (VM)			
	N° días exposición con CVC	N° de pacientes vigilados	N° ITS asociado a CVC	Tasa de ITS	N° días exposición con CUP	N° de pacientes vigilados	N° ITS asociado a CUP	Tasa de ITU	N° días exposición con VM	N° de pacientes vigilados	N° Neumonías asociadas a VM	Tasa de Neumonía
Enero	175	17	0	0.00	522	44	0	0.00	86	10	0	0.00
Febrero	212	17	4	18.87	445	57	0	0.00	118	13	2	16.95
Marzo	122	14	0	0.00	586	48	2	3.41	90	13	0	0.00
Abril	504	46	0	0.00	504	46	0	0.00	86	12	0	0.00
Mayo	220	17	0	0.00	456	52	0	0.00	59	7	1	16.95
Junio	185	15	1	5.41	515	45	0	0.00	70	6	1	14.29
Julio	265	25	0	0.00	403	47	0	0.00	125	15	4	32.00
Agosto	265	12	0	0.00	351	41	0	0.00	183	10	0	0.00
TOTAL	1948	163	5	2.57	3782	380	2	0.53	817	86	8	9.79

Interpretación: En la tabla N° 1 del servicio de Neonatología, se observa, que en el mes de agosto se presentaron 12 pacientes con catéter venoso central, con 265 días de exposición a CVC, se presentaron 41 pacientes con catéter venoso periférico con 351 días de exposición a CVP, mientras con el ventilador mecánico fueron 10 pacientes vigilados con 183 días de exposición. **EN LO QUE VA DEL 2023 SE PRESENTARÓN 15 INFECCIONES (05 relacionadas a CVC, 02 a CVP y 08 a VM).**

Gráfico 01: TASA DE INCIDENCIAS HISTÓRICAS DE IAAS EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA HOSPITAL II-2 TARAPOTO 2019 - 2023



Fuente: Aplicativo IAAS - "MNSA"
Elaboración: Oficina de Epidemiología - OGEE\$ Especializada Hospitales II-2 Tarapoto.

Tasa de ITS CVC: (Infección del torrente sanguíneo por catéter venoso central)

En relación a esta tasa, desde enero del 2019 a enero del 2023 no se presentaron casos en el servicio de neonatología del Hospital II-2 Tarapoto, pero en el mes de febrero del 2023 se presentan 04 casos, representando una tasa de 18.87. (Tasas muy altas para nuestro Hospital). En mes de junio se presentó 1 casos, Para Agosto no se presentó ningún caso.

Tasa de ITS CVP: (Infección del torrente sanguíneo por catéter venoso periférico)

En relación a esta tasa, durante el primer semestre 2019 no se reportaron casos, pero a partir de julio del 2019 a octubre del 2020 se presentaron algunos casos en el servicio, pero a pesar de ello estos se mantuvieron por debajo del estándar Nacional, en el año 2021 no se presentaron casos pero en los primeros meses del año 2022 se volvieron a presentar casos que se mantuvieron por debajo del estándar Nacional, a partir de abril de año 2022 a febrero del 2023 No se han venido presentando casos, pero en el mes de marzo del 2023 se presentan 02 casos, representando una tasa de 8.87. (Tasas altas para nuestro Hospital). En el mes de abril a agosto del 2023 no se han presentado casos

Tasa de NEUM VM: (Neumonía por ventilador mecánico)

En relación a esta tasa, durante el año 2019 y primer semestre del año 2020 NO se presentaron casos en el servicio de neonatología, pero en julio del 2020, septiembre del 2022 y febrero del 2023 se presentaron algunos casos en el servicio, pero cabe resaltar que las tasas alcanzadas en esos periodos No superaron el estándar Nacional para un Hospital nivel II-2.

En los años 2019, 2020, 2021 y 2022 se ve claramente una mejora considerable a nivel de esta tasa. En mes de julio se presentó 4 casos. Para el mes de agosto no se han presentado casos.

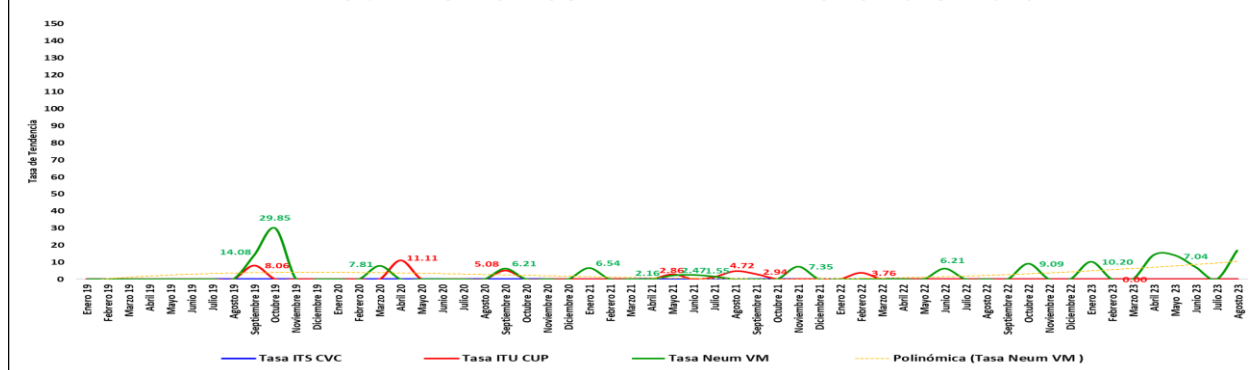
UCI - ADULTO

Tabla 2: TASAS GENERALES DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (ADULTO Y PEDIATRICO)

MES	Catéter venoso Central (CVC)				Catéter Urinario permanente (CUP)				Ventilador Mecánico (VM)			
	N° días exposición con CVC	N° de pacientes vigilados	N° ITS asociado a CVC	Tasa de ITS	N° días exposición con CUP	N° de pacientes vigilados	N° ITS asociado a CUP	Tasa de ITU	N° días exposición con VM	N° de pacientes vigilados	N° Neumonías asociadas a VM	Tasa de Neumonía
Enero	144	19	0	0.00	171	22	0	0.00	98	21	1	10.20
Febrero	152	15	0	0.00	177	18	0	0.00	121	12	0	0.00
Marzo	165	21	0	0.00	213	25	0	0.00	138	15	0	0.00
Abril	174	17	0	0.00	215	15	0	0.00	141	10	2	14.18
Mayo	158	15	0	0.00	212	19	0	0.00	143	19	2	13.99
Junio	189	14	0	0.00	205	24	0	0.00	142	10	1	7.04
Julio	174	24	0	0.00	217	24	0	0.00	137	22	0	0.00
Agosto	129	17	0	0.00	213	25	0	0.00	117	27	2	17.09
TOTAL	1285	142	0	0.00	1623	172	0	0.00	1037	136	8	7.71

Interpretación: En la tabla N° 2 del servicio UCI se observa que hasta el mes de agosto se vigilaron 17 pacientes con catéter venoso central (CVC) con 129 días de exposición a CVC, se vigilaron 25 pacientes con catéter urinario permanente (CUP) con 213 días de exposición a CUP, mientras con el ventilador mecánico fueron 27 pacientes vigilados con 117 días de exposición. EN LO QUE VA DEL 2023 SE PRESENTO 08 casos de infecciones. (08 relacionada a VM).

Gráfico 02: TASA DE INCIDENCIAS HISTORICAS DE IAAS EN EL SERVICIO DE UCI ADULTO HOSPITAL II-2 TARAPOTO 2019- 2023



Fuente: APLICATIVO IAAS - "MNSA"
Elaboración: Oficina de Epidemiología - OGEES Especializada Hospital II-2 Tarapoto.

Tasa de ITS CVC: (Infección del torrente sanguíneo por catéter venoso central)

En relación a esta tasa, desde enero del 2019 a agosto del 2023 no se han presentado casos en el servicio de UCI- Adulto del Hospital II-2 Tarapoto, por lo que podemos decir que se mantiene por debajo del estándar Nacional para un Hospital II-2.

Tasa de ITU CUP: (Infección del tracto urinario por catéter urinario permanente)

En relación a esta tasa, durante el año 2019, 2020, 2021 y febrero del 2022 se reportaron casos en el servicio, y cabe resaltar que las tasas alcanzadas en esos periodos No superaron el estándar Nacional para un Hospital nivel II-2; Pero a partir de mayo del 2022 a la fecha no se han presentado casos de infección de torrente sanguíneo asociado a catéter urinario permanente en el servicio de UCI- Adulto del Hospital II-2 Tarapoto.

Tasa de NEUM VM: (Neumonía por ventilador mecánico)

En relación a esta tasa, en el año 2019 se presentaron una gran cantidad de casos en el servicio de UCI-Adulto, las tasas alcanzadas en ese año superaban ampliamente el estándar Nacional para un Hospital nivel II-2.

En los años 2020, 2021 y primer semestre del año 2022 se ve claramente una mejora considerable a nivel de esta tasa, pero desde octubre del 2022 a la fecha esta tasa viene presentando un ligero aumento en relación al número de casos en el servicio. Para lo que va del año 2023 se ve un ligero aumento de 8 casos.

MEDICINA

Tabla 3: TASAS GENERALES DEL SERVICIO DE MEDICINA

MES	Catéter Urinario permanente (CUP)			
	N° días exposición con CUP	N° de pacientes vigilados	N° ITS asociado a CUP	Tasa de ITU
Enero	157	26	0	0.00
Febrero	122	12	0	0.00
Marzo	244	26	0	0.00
Abril	214	22	0	0.00
Mayo	153	21	0	0.00
Junio	241	27	0	0.00
Julio	234	25	0	0.00
Agosto	255	39	0	0.00
TOTAL	1620	198	0	0.00

Interpretación: En la tabla N° 3 del servicio de Hospitalización de Medicina, se observa, que hasta el mes de agosto se vigilaron 198 pacientes con catéter urinario permanente (CUP) con 1620 días de exposición a CUP, de lo cual no se presentó ninguna infección asociada a catéter urinario permanente.



Fuente: Aplicativo IAAS – “MINSA”
Elaboración: Oficina de Epidemiología – OGEES Especializada Hospital II-2 Tarapoto.

Tasa de ITU CUP: (Infección del tracto urinario por catéter urinario permanente)
En relación a esta tasa, desde enero del 2019 a agosto del 2023 NO se reportaron casos en el servicio de medicina del Hospital II-2 Tarapoto, por lo que podemos decir que se mantiene en silencio Epidemiológico y por debajo del estándar Nacional para un Hospital II-2.



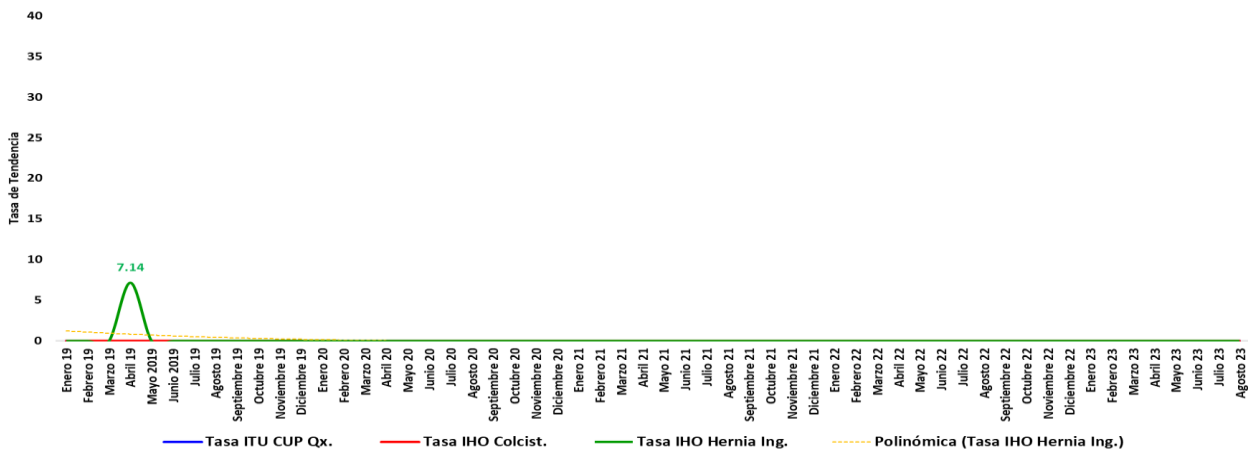
CIRUGÍA

Tabla 4: TASA GENERALES DEL SERVICIO DE CIRUGÍA

MES	Catéter Urinario permanente (CUP)				Colecistectomía			Hernioplastia inguinal		
	N° días exposición con CUP	N° de pacientes vigilados	N° ITS asociado a CUP	Tasa de ITU	N° de pacientes vigilados	N° IHO	Tasa	N° de pacientes vigilados	N° IHO	Tasa
Enero	140	14	0	0.00	40	0	0.00	20	0	0.00
Febrero	103	6	0	0.00	44	0	0.00	14	0	0.00
Marzo	106	5	0	0.00	36	0	0.00	15	0	0.00
Abril	75	6	0	0.00	37	0	0.00	17	0	0.00
Mayo	74	4	0	0.00	41	0	0.00	8	0	0.00
Junio	51	4	0	0.00	41	0	0.00	19	0	0.00
Julio	60	3	0	0.00	28	0	0.00	11	0	0.00
Agosto	101	12	0	0.00	47	0	0.00	2	0	0.00
TOTAL	710	54	0	0.00	314	0	0.00	106	0	0.00

Interpretación: En la tabla N° 4 del servicio de Hospitalización de Cirugía, se observa, que hasta el mes de agosto del 2023 se vigilaron 54 pacientes con catéter urinario permanente (CUP) con 710 días de exposición a CUP, de lo cual no se presentó ninguna infección asociada a catéter urinario permanente. Además, se registró un total de 314 pacientes operados por Colecistectomía y 106 pacientes operados por Hernioplastia inguinal, de lo cual no se presentaron casos de infección en herida operatoria asociada a Hernioplastia inguinal en lo que va del año.

TASA DE INCIDENCIAS HISTORICAS DE IAAS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA HOSPITAL II-2 TARAPOTO 2019 - 2023



Fuente: Aplicativo IAA \$ - "MIN SA"

Elaboración: Oficina de Epidemiología - OGEE \$ Especializada Hospital II-2 Tarapoto.

Tasa de ITU CUP: (Infección del tracto Urinario asociada a Catéter Urinario Permanente)

Desde enero del 2019 a agosto del año 2023 no se han presentado casos de Infección del tracto Urinario asociada a Catéter Urinario Permanente en el servicio de Cirugía del Hospital II-2 Tarapoto, por lo que podemos decir que se mantiene en silencio Epidemiológico y por debajo del estándar Nacional para un Hospital II-2.

Tasa de IHO Colcist: (Infección de herida operatoria asociada a colecistectomía)

Desde enero del 2019 a agosto del año 2023 no se han presentado casos de Infección de herida operatoria asociada a colecistectomía en el servicio de Cirugía del Hospital II-2 Tarapoto, por lo que podemos decir que se mantiene en silencio Epidemiológico y por debajo del estándar Nacional para un Hospital II-2.

Tasa de IHO Hernia Ing: (Infección de herida operatoria asociada a Hernioplastia inguinal)

Desde mayo del 2019 a agosto del año 2023 NO se presentaron casos relacionadas a esta causa en el servicio de Cirugía del Hospital II-2 Tarapoto, quedando esta tasa por debajo del estándar Nacional para un Hospital nivel II-2.

GINECO - OBSTETRÍCIA

Tabla 5: TASAS GENERALES DEL SERVICIO DE GINECO – OBSTETRÍCIA

MES	Parto Vaginal			Parto por Cesarea				
	Nº de pacientes vigilados	Nº de Endometritis	Tasa	Nº de pacientes vigilados	Nº de Endometritis	Tasa	Nº IHO	Tasa
Enero	50	0	0.00	135	0	0.00	1	0.74
Febrero	59	0	0.00	128	0	0.00	0	0.00
Marzo	58	0	0.00	143	0	0.00	0	0.00
Abril	43	0	0.00	111	0	0.00	0	0.00
Mayo	75	0	0.00	102	0	0.00	1	0.98
Junio	57	0	0.00	142	0	0.00	0	0.00
Julio	63	0	0.00	107	0	0.00	0	0.00
Agosto	49	0	0.00	102	0	0.00	0	0.00
TOTAL	454	0	0.00	970	0	0.00	2	0.21

Interpretación: En la tabla Nº 5 se observa que hasta el mes de agosto se presentaron 454 partos vaginales, de lo cual no se presentó ninguna endometritis por parto vaginal. Además, se presentaron 970 partos por cesárea, de lo cual no se presentó ninguna endometritis por parto cesárea, pero si 02 Infección de herida operatoria asociada a cesárea, con una tasa de incidencia acumulada anual de 0.21



Fuente: Aplicativo IAAS – “MINS”
Elaboración: Oficina de Epidemiología – OGEEES Especializada Hospital II-2 Tarapoto.

Tasa de Endomet PV: (Endometritis asociada a parto vaginal)

Desde enero 2019 a agosto del 2023 no se han presentado casos de Endometritis relacionada a parto vaginal en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital II-2 Tarapoto, por lo que podemos decir que se mantiene por debajo del estándar Nacional para un Hospital II-2.

Tasa de Endomet PC: (Endometritis asociada a parto por cesárea)

Desde enero 2019 a agosto del 2023 no se han presentado casos de Endometritis relacionada a parto por cesárea en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital II-2 Tarapoto, por lo que podemos decir que se mantiene por debajo del estándar Nacional para un Hospital II-2.

Tasa de Tasa IHO PC: (Infección de herida operatoria asociada a parto por cesárea)

En relación a esta tasa, se han presentado casos en todos los últimos 05 años, es necesario acotar que las tasas alcanzadas en el año 2019 superaron el estándar Nacional para un Hospital nivel II-2. Pero en los años 2020, 2021, 2022 y lo que va del 2023 se ve claramente una mejora considerable a nivel de esta tasa, llegando a estar ligeramente debajo del estándar Nacional para un Hospital nivel II-2.

A NIVEL GENERAL

CUADRO DE DISTRIBUCION DE CASOS DE IIH-IAAS SEGÚN SERVICIO – 2023

Tabla 6: CASOS DE IIH-IAAS

MES	SERVICIO	EDAD	SEXO	ESTANCIA HOSPITALARIA	PROCEDIMIENTO ASOCIADO	GERMEN IDENTIFICADO
Enero	UCI - ADULTO	25 años	M	12 días	VM	Placa de Torax - Dx H.CL
Febrero	UCI - NEO	RN	F	05 días	CVC	Pseudomona aureginosa - Hemocultivo
	UCI - NEO	RN	M	05 días	CVC	Acinetobacter Sp - Hemocultivo
	UCI - NEO	RN	M	53 días	CVC	Staphylococcus sp - Hemocultivo
	UCI - NEO	RN	M	61 días	VM	Placa de Torax - Dx H.CL
	UCI - NEO	RN	M	05 días	CVC	Acinetobacter Sp - Hemocultivo
	UCI - NEO	RN	F	13 días	VM	Placa de Torax - Dx H.CL
Marzo	UCI - NEO	RN	M	08 días	CVP	Staphylococcus sp - Hemocultivo
	UCI - NEO	RN	M	07 días	CVP	Acinetobacter Sp - Hemocultivo
Abril	UCI - ADULTO	21 años	M	13 días	VM	Placa de Torax - Dx H.CL
	UCI - PEDITRICA	1 mes 25 días	M	9 días	VM	Placa de Torax - Dx H.CL
Mayo	UCI - NEO	RN	M	13 DIAS	VM	Enterobacter gergoviae - Cultivo secreción
	UCI - ADULTO	44 AÑOS	M	22 DIAS	VM	Placa de Torax - Dx H.CL
	UCI - ADULTO	60 AÑOS	F	8 DIAS	VM	Placa de Torax - Dx H.CL
Junio	UCI - PEDITRICA	2 MESES	M	23 DIAS	VM	Placa de Torax - Dx H.CL
	UCI - NEO	RN	M	12 DIAS	VM	Placa de Torax - Dx H.CL
	UCI - NEO	RN	M	5 DIAS	CVC	Staphylococcus sp - Hemocultivo
Julio	UCI - NEO	RN	M	12 DIAS	VM	Placa de Torax - Dx H.CL
	UCI - NEO	RN	M	11 DIAS	VM	Placa de Torax - Dx H.CL
	UCI - NEO	RN	M	12 DIAS	VM	Placa de Torax - Dx H.CL
	UCI - NEO	RN	M	17 DIAS	VM	Placa de Torax - Dx H.CL
AGOSTO	UCI - ADULTO	69	F	24 DÍAS	VM	Acinetobacter Sp
	UCI - ADULTO	43	M	26 DÍAS	VM	Pseudomonas Aeruginosa, Enterobacter Gergoviae, Acinetobacter sp.

Interpretación: En la tabla N° 6 se observa que hasta el mes de agosto se notificaron 21 casos de Infección asociada a dispositivos invasivos (05 a CVC, 14 a VM y 02 a CVP), 15 casos se presentaron en el servicio de UCI –NEO y 06 casos en el servicio de UCI – Adulto a VM, 02 caso en el servicio de UCI- PEDIATRICA a VM.

REGISTRÓ DE PACIENTES CON INFECCIÓN DE HERIDA OPERATORIA - 2023

Tabla 7: INFECCIONES DE HERIDA OPERATORIA

MES	SERVICIO	EDAD	SEXO	FECHA			NOMBRE DE LA CIRUGIA	DIAGNOSTICO DE IIH	ASA	GERMEN ASOCIADO	OBSERVACIONES
				Fecha 1	Fecha 2	Fecha 3					
Enero	Gineco - Obs	20	F	30/12/2022	5/01/2023	9/01/2023	CÉSAREA	INFECCIÓN DE HO		Sin cultivo	ALTA
Febrero	NO SE PRESENTARON INFECCIONES										
Marzo	NO SE PRESENTARON INFECCIONES										
Abril	NO SE PRESENTARON INFECCIONES										
Mayo	Gineco - Obs	39	F	19/04/2023	19/04/2023	26/04/2023	CÉSAREA+B TB	INFECCIÓN DE HO		Sin cultivo	ALTA
Junio	NO SE PRESENTARON INFECCIONES										
Julio	NO SE PRESENTARON INFECCIONES										
Agosto	NO SE PRESENTARON INFECCIONES										

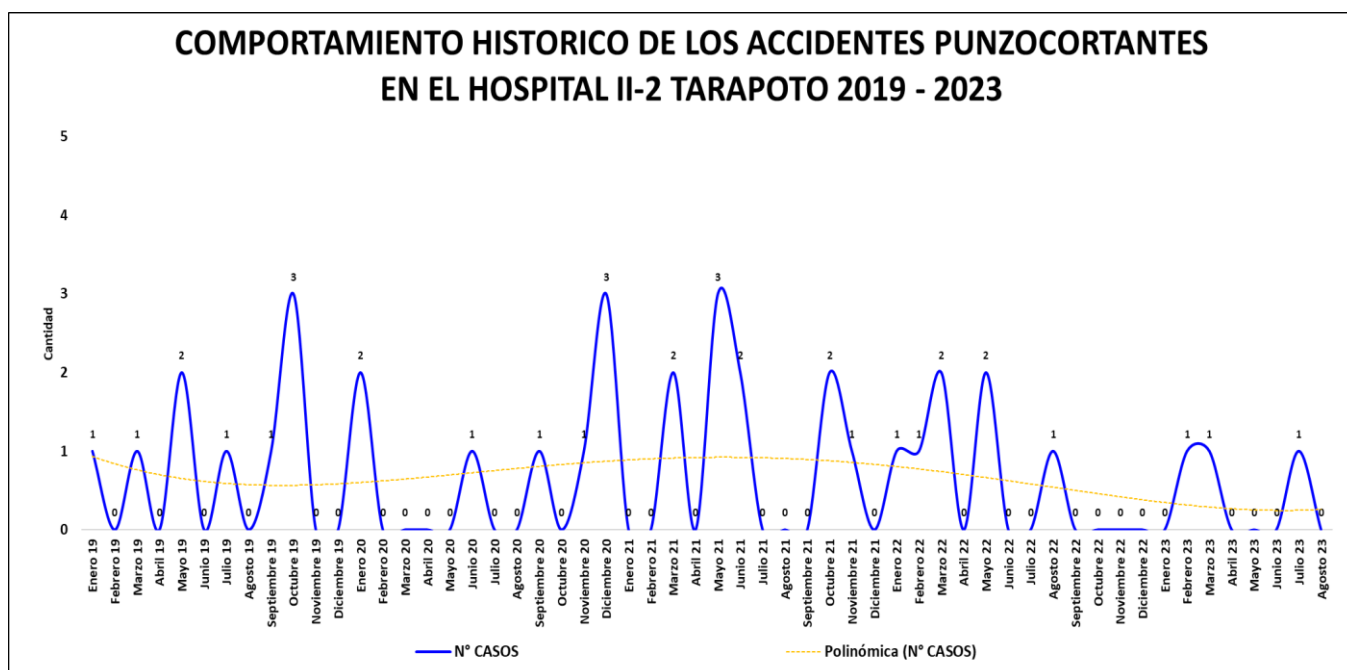
Interpretación: En la tabla N° 7 se observa que hasta el mes de agosto de lo que va del año 2023 se notificó 02 caso de infección de herida operatoria asociado a cesárea, ambos casos se presentaron en el servicio de Gineco Obstetricia.

REPORTE DE ACCIDENTES PUNZOCORTANTES EN PERSONAL DE SALUD

Tabla 08: ACCIDENTE PUNZOCORTANTES

N°	FECHA Y HORA	EDAD	SEXO	PROFESIÓN U OCUPACIÓN	CONDICIÓN (*)	SERVICIO DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE	OBJETO PUNZOCORTANTE
Enero	<i>NO SE PRESENTARON CASOS</i>						
Febrero	1 9/02/2023 11.00 PM	26	F	INTERNA DE ENFERMERÍA	INTERNA	EMERGENCIA	AGUJA
Marzo	2 16/03/2023 07.00 AM	27	F	INTERNA DE MEDICINA	INTERNA	CIRUGÍA	AGUJA
Abril	<i>NO SE PRESENTARON CASOS</i>						
Mayo	<i>NO SE PRESENTARON CASOS</i>						
Junio	<i>NO SE PRESENTARON CASOS</i>						
Julio	3 21/07/2023 20:00 hrs	48	F	LIC. Enfermería	CAS	EMERGENCIA	AGUJA
Agosto	<i>NO SE PRESENTARON CASOS</i>						

Interpretación: En la tabla N° 8 se observa que, hasta el mes de agosto del presente año, se han notificado 03 casos de accidentes punzocortantes entre los trabajadores de la institución.



Accidentes punzocortantes:

Desde el año 2019 al año 2023, se presentaron accidentes punzocortantes en todos los años a razón de 0.7 accidentes por mes.

Entre diciembre del 2020 a junio del 2022 la ocurrencia de los accidentes punzocortantes en el personal de salud ha registrado las mayores incidencias.

Desde julio del año 2022 se evidencia una mejora considerable en la disminución de sucesos en el Hospital II-2 Tarapoto.

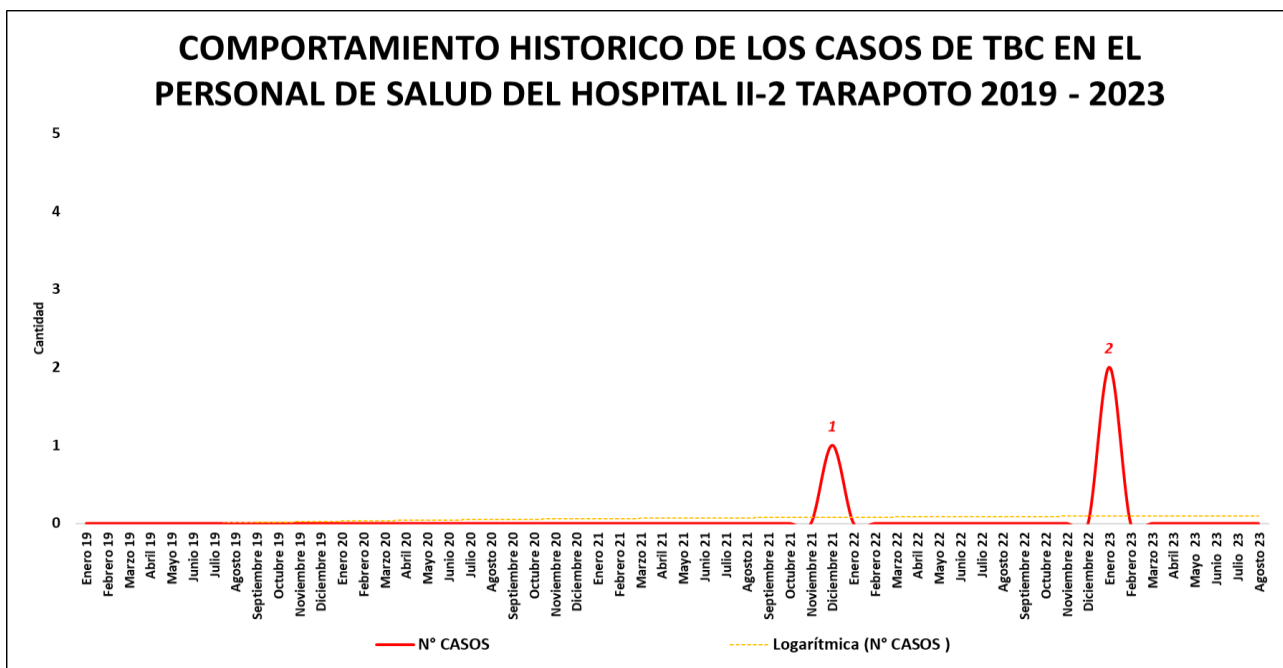


REPORTE DE CASOS DE TUBERCULOSIS EN PERSONAL DE SALUD

Tabla 09: CASOS DE TBC PULMONAR REPORTADO EN EL MES DE MARZO

N°	FECHA	EDAD	SEXO	PROFESIÓN U OCUPACIÓN	CONDICIÓN (*)	SERVICIO DONDE LABORA	TBC MDR (SI/ NO)
Enero	12/01/2023	64 años	Femenino	Tec. Laboratorio	Nombrada	Laboratorio	NO
	19/12/2022	60 años	Femenino	Aux Nutrición	Nombrada	Nutrición	NO
Febrero	NO HUBO CASOS DE TUBERCULOSIS EN PERSONAL DE SALUD.						
Marzo	NO HUBO CASOS DE TUBERCULOSIS EN PERSONAL DE SALUD.						
Abril	NO HUBO CASOS DE TUBERCULOSIS EN PERSONAL DE SALUD.						
Mayo	NO HUBO CASOS DE TUBERCULOSIS EN PERSONAL DE SALUD.						
Junio	NO HUBO CASOS DE TUBERCULOSIS EN PERSONAL DE SALUD.						
Julio	NO HUBO CASOS DE TUBERCULOSIS EN PERSONAL DE SALUD.						
Agosto	NO HUBO CASOS DE TUBERCULOSIS EN PERSONAL DE SALUD.						

Interpretación: En la tabla N° 9 se observa que, hasta el mes de agosto se notificaron 02 casos de tuberculosis pulmonar en el personal de salud en lo que va del año 2023.



Fuente: Aplicativo IAAS – “MINSA”
Elaboración: Oficina de Epidemiología – OGEES Especializada Hospital II-2 Tarapoto.

TBC en personal de Salud:

En los años 2019 y 2020 No se presentaron casos de TBC ocupacional, en el año 2021 se presentó 01 caso de TBC en el personal de Salud del Hospital II-2 Tarapoto, el cual fue detectado de forma oportuna, evitando complicaciones en la persona afectada y la propagación de casos a nivel Hospitalario. (En diciembre 2018, MARZO y marzo del 2019 con el apoyo de la Dirección Ejecutiva del Hospital, se realizó una campaña masiva de descarte de TBC en el personal de salud del Hospital II-2 Tarapoto donde No se detectaron casos)

En el año 2021 NO se identificaron casos de TBC en el personal de Salud del Hospital II-2 Tarapoto.

En lo que va del año 2023 se presentaron 02 casos de TBC en el personal de Salud del Hospital II-2 Tarapoto, de los cuales uno fue detectado en el Hospital II-2 ESSALUD y el otro en nuestro Hospital, se implementaron acciones (cerco epidemiológico y censo de contactos) para evitar complicaciones en la persona afectada y la propagación de casos a nivel Hospitalario.

Ejes principales de prevención y control de IAAS



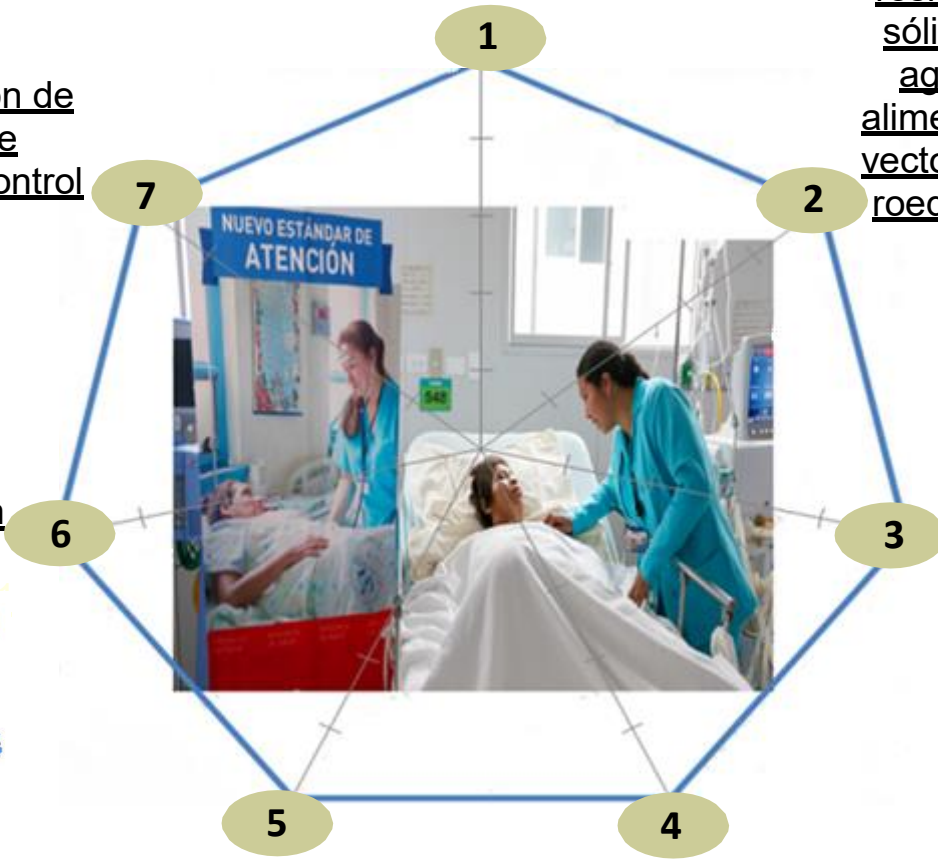
Personal capacitado y comprometido para realizar la vigilancia diaria

Manejo adecuado de residuos sólidos, agua, alimentos, vectores y roedores



Implementación de prácticas de prevención y control

1



Efectiva y oportuna Vigilancia Epidemiológica



Correcta limpieza y desinfección Hospitalaria



Uso racional y adecuado de medicamentos antimicrobianos

1



Laboratorios de microbiología con capacidad resolutoria



SUGERENCIAS

1. La dirección ejecutiva de la OGEES especializada, mediante sus órganos de línea deben continuar fortaleciendo la gestión institucional de la vigilancia prevención y control de las infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS o IAH), prevención y manejo de accidentes biológicos laborales y TBC en el personal de salud a nivel Hospitalario, por lo que se debe continuar con el fortalecimiento de capacidades del personal que realiza la vigilancia Epidemiológica diaria y mejorar adquisición de medios para realizar las acciones de vigilancia y prevención de brotes (Reactivos e insumos para muestreos de superficies y manos del personal).
2. Mediante la Oficina de Epidemiología debe continuar proporcionando información actualizada y oportuna sobre la magnitud de las IAAS, accidentes biológicos laborales, TBC en personal de salud y sus factores relacionados, para que, de esta forma, se pueda orientar la toma de decisiones y acciones dirigidas a la disminución de estos daños en nuestro establecimiento de salud.
3. Los jefes de departamento y coordinadores de servicio deben Fortalecer las acciones de salud ambiental, segregación y manejo de residuos sólidos hospitalarios en sus respectivas áreas y servicios, regular el consumo de alimentos por parte del personal de salud en lugares no adecuados, y el cumplimiento de la utilización de los equipos de protección personal. proporcionando seguridad para el paciente, el trabajador de la salud y el medio ambiente.
4. Continuar mejorando el rol del servicio involucrados (personal médico, laboratorio, farmacia) en la prevención y control de las IAAS, mediante la vigilancia y control del uso adecuado de los antimicrobianos, antibióticos, antisépticos y desinfectantes, así como la seguridad de las dosis individuales de mezclas de medicamentos y otros por vía vascular.
5. El departamento de Anatomía patológica debe continuar trabajando de la mano con la Unidad Especializada de inteligencia Sanitaria intercambiando la información necesaria para la oportuna y confiable vigilancia de las IAAS. (Resultados de análisis, cultivos, etc)
6. Es necesario continuar fortaleciendo el trabajo en prevención de infecciones en todos los niveles, mediante la aplicación de la técnica del lavado de manos, asepsia y antisepsia de la piel del paciente, la inserción de catéteres, aspiración de secreciones, uso de EPP, ventilación respiratoria, técnica quirúrgica y otras maniobras de riesgo, con la participación de todos los involucrados en la atención diaria de casos. (médicos, enfermeras, obstetras, técnicos, etc)
7. El comité de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud debe promover y gestionar la implementación oportuna del uso de desinfectantes de alto nivel en áreas críticas (Amonios cuaternarios de última generación, Peroxido de hidrogeno con Iones de plata, etc) que garanticen la reducción de las colonias de microorganismos patógenos, presentes en todos los establecimientos de Salud y responsables de la mayoría de IAAS.
8. Fortalecer las capacitaciones con los jefes de los servicios para mantener una información de las estadísticas de IAAS actualizada y esta pueda llegar a todo el personal.
9. Realizar Monitoreos, seguimientos de las medidas de bioseguridad para la atención de los pacientes con IAAS. Identificación y aislamiento oportuno.

