



PERÚ

Ministerio
de Salud

Centro Local de Epidemiología de Prevención
y Control de Enfermedades

DIRECCION REGIONAL DE SALUD APURIMAC

HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA

OFICINA DE EPIDEMIOLOGIA



A
S
I
S
2
0
1
7

ANALISIS DE LA SITUACION DE SALUD 2017

Abancay,
2017

**ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN
DE SALUD HOSPITAL
REGIONAL GUILLERMO DÍAZ
DE LA VEGA - ABANCAY
2017**

ABANCAY - APURÍMAC – PERÚ

Análisis de la Situación de Salud del
Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega
2017: Documento de trabajo dirigido a
quienes están encargados de tomar
Decisiones.

DOCUMENTO METODOLOGICO Y SALUD PÚBLICA

Novena Edición 2017

Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Ministerio de Salud

Av. Daniel A. Carrion S/N

Abancay – Apurímac

Teléfono: 083-321108

www.hospitalabancaygdv.gob.pe

Contáctenos (83)32-1006 / (83)32-1008 RUC: 20527004269

*** Se autoriza su reproducción total o parcial, siempre y cuando se cite la fuente.*

M.C Arnold Pedraza Ruiz

Director del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega

M.C. Ingrid Pereira Salgado

Jefe de la Oficina de Epidemiología, Salud
Ocupacional y Salud
Ambiental HRGDV

Mg. en Salud Pública Gregoria Choque Flores

Jefe de la Unidad de Epidemiología del H.R.G.D.V

Lic. Marcela Guadalupe Araujo Peña

Responsable de Infecciones Intrahospitalarias

Obstetra Dariana Calvo Chura

Responsable de ESSR Materno Perinatal

Equipo de Elaboración del documento

Mg. en Salud Pública Gregoria Choque Flores
Informático en Sistemas Elías Carrión Umeres

Revisión y Edición

Mg. Salud Publica Gregoria Choque Flores

Agradecimiento:

El Documento Técnico “Análisis de Situación de Salud” (ASIS) 2017 del Hospital fue elaborado por el equipo técnico de la Unidad de Epidemiología de la base de datos del Área de Estadística, constituyendo un documento técnico de gestión para la toma de decisiones. Por lo que, expreso el agradecimiento y reconocimiento a todo el personal de salud, por la producción de salud de los diferentes servicios obteniendo como resultado el análisis de la morbilidad y mortalidad de la demanda de atención del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega. En el cual se nombra al siguiente personal de salud:

- ◆ M.C José Luis Osorio Ticona
- ◆ M.C. Gay Miranda Ninapaytán.
- ◆ M.C. Elio Vidal Robles.
- ◆ M.C. Edme Cáceres Villar.
- ◆ M.C. Jorge Guevara Cuadros
- ◆ M.C. Edison Vivanco Quinte
- ◆ M.C. Omar Merino
- ◆ M.C. Arnol Pedraza Ruiz
- ◆ Ing. Sistemas Elvis Gamarra Román
- ◆ Lic. Carmen Marlene Castillo Warthon
- ◆ Lic. Luz Marina Farfán Aragón
- ◆ Lic. Justina Loayza Rojas
- ◆ Lic. María A. Lozano García
- ◆ Lic. Sofía Susan Quispe Portillo
- ◆ Lic. Margarita Huamán Robles.
- ◆ Q.F. Vivian Yauyo Salguero.
- ◆ Informático Elías Carrión Umeres
- ◆ M.C. Fabiola Ascue Ramírez
- ◆ M.C. Ingrid Pereira Salgado
- ◆ Mg. Gregoria Choque Flores
- ◆ Mg. Eddie Camero Zubizarreta
- ◆ Lic. Marcela Araujo Peña
- ◆ Obst. Dariana Calvo Chura
- ◆ Mg. Gregoria Choque Flores

ASIS
2017

N° 040 -2018-DG-HRGDVA



GOBIERNO REGIONAL DE APURÍMAC

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD APURÍMAC
HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA ABANCAY



Resolución Directoral

“Año de Diálogo y la Reconciliación Nacional”

Abancay, 16 de marzo del 2018.



ASISTO:

El MEMORANDO N° 060-2018-DG-HRGDV-ABANCAY, de fecha 13 de Marzo del 2018, emitido por Director General de la Institución, en el que dispone elaborar Resolución Directoral, aprobando la conformación del Comité de elaboración del ASISH-2017 del Hospital Regional “Guillermo Díaz de la Vega” de Abancay para el año 2018, y;



CONSIDERANDO:

Que, la Ley N° 27658 – Ley Marco de la Modernización de la Gestión del Estado, Artículo 1 Declarase al Estado en proceso de modernización 1.1. Declárase al Estado peruano en proceso de modernización en sus diferentes instancias, dependencias, entidades, organizaciones y procedimientos, con la finalidad de mejorar la gestión pública y construir un Estado democrático, Descentralizado y al servicio del ciudadano



Que, Resolución Ministerial N° 581-2011/MINSA, que aprobó Directiva Administrativa para la evaluación del desempeño de la gestión de los directores de institutos nacionales y hospitales del Ministerio de Salud;



Que, mediante Resolución Ministerial N° 554-2012/MINSA, que aprobó la NTS N° 096-MINSA/DIGESA-V.01 “Norma Técnica de Salud: Gestión y Manejo de Residuos Sólidos en Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo”;



Que, el Oficio N° 28-JOESASO-HRGDV-AB-2018 de fecha 13 de marzo del 2018, emitido por la MG. Salud Pública Gregoria Choque Flores servidora de la Institución, donde solicita Resolución Directoral conformando el Comité de Elaboración del ASIS-2017 del HRGDV, de acuerdo al cumplimiento de la nueva metodología del perfil de elaboración del ASEH-DGE/MINSA de la Política Nacional de la Modernización de la Gestión Pública;

Que, de conformidad con la Ley N° 27444 Ley del Procedimiento Administrativo General, y su modificatoria por el Decreto Supremo N° 006-2017-JUS y con uso de las facultades conferidas por la Resolución Directoral N° 001-2017-DG-DIRESA-AP

Contando con la visación de; Dirección de la Oficina de Asesoría Legal, Dirección de Administración, Dirección de Planeamiento Estratégico y la Jefatura de la Oficina de Gestión de Recursos Humanos del Hospital Regional “Guillermo Díaz de la Vega” de Abancay;



Nº 040 -2018-DG-HRGDVA

GOBIERNO REGIONAL DE APURÍMAC

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD APURÍMAC
HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA ABANCAY



Resolución Directoral

“Año de Dialogo y la Reconciliación Nacional”

Abancay, 16 de mayo del 2018.



SE RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO.- APROBAR, la CONFORMACIÓN DEL COMITÉ DE ELABORACIÓN DEL ASISH-2017 del Hospital Regional “Guillermo Díaz de la Vega” – Abancay- para el año 2018, que conforman los siguientes Profesionales:



- OFICINA DE EPIDEMIOLOGIA, SALUD AMBIENTAL Y SALUD OCUPACIONAL

1. M.C. FABIOLA ASCUE RAMIREZ
2. M.C. INGRID PEREIRA SALGADO
3. MG. EN SALUD PUBLICA GREGORIA CHOQUE FLORES
4. LIC. MARCELA GUADALUPE ARAUJO PEÑA
5. OBST. DARIANA CALVO CHURA
6. INFORMATICOS : ELIAS CARRION UMERES
JHOLVER OROSCO BAZAN



UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

1. LIC. MARLENE CASTILLO WARTHON



- OFICINA DE PLANEAMIENTO ESTRATEGICO

1. CPC. NICANOR QUISPE AMAO

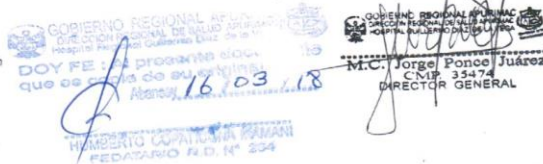
- UNIDAD DE ESTADISTICA E INFORMATICA

1. ING. SIST. ELVIS GAMARRA ROMAN

ARTICULO SEGUNDO.- TRANSCRIBIR, la presente Resolución Directoral a los Órganos del Sistema Administrativo, para su estricto cumplimiento.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE;

OAL/YRVP
Distribuidos:
Archivo.
Dir. Asesoría L
Dir. Administración
Dpto. Farmacia
U. epidemiología



ÍNDICE

PRESENTACIÓN	9
INTRODUCCIÓN	10
Objetivos del ASIS del HRGDV 2017	11
Objetivo general:.....	11
Objetivos específicos:	11
CAPÍTULO I	14
1.1. Contexto del hospital regional guillermo diaz de la vega, descripcion de las principales características del hospital estructura y organización.....	14
1.2. Contexto del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega.....	15
1.2.1. Reseña histórica.....	15
1.3.1. Organigrama estructural de la institución	23
1.3.2. Organigrama estructural del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega.....	24
1.3.3. Categoría del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega	28
CAPITULO II	32
2.1. Analisis de los determinantes relacionados a los servicios de salud nivel hospitalario.....	32
CAPITULO III	34
3.1. Unidad productora de servicios de salud consulta externa.....	34
CAPITULO IV	71
4.1. Morbimortalidad hospitalaria	71
4.1.1. Primeras causas de morbilidad en consulta externa por servicios año 2017.	71
4.2. Primeras causas de morbilidad en emergencia año 2017	84
4.2.1. Atenciones en emergencia por servicios	84
Perfil de morbilidad por egresos del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega 2017.....	87
4.2.2. Mortalidad hospitalaria.....	92
ii.- Antecedentes	155
CAPITULO V	216
5.1. Indicadores de gestión y Evaluación de las unidades productoras de salud del HRGDV. 216	
Análisis de la oferta	216
Gestión	216
5.1.1. Hospitalización.....	219
CAPITULO VI	249
Conclusiones y Recomendaciones	249
Lista de problemas priorizados.....	249

PRESENTACIÓN

El Análisis de Situación es un documento de gestión por la información relevante de la demanda de atención, tanto de las condiciones de vida, estructura y dinámica poblacional, dentro de la transición demográfica que se ha producido en los últimos años, tanto como las características de la morbilidad y mortalidad, así como la respuesta social a los problemas de salud de la localidad para la planificación y gestión institucional que permite conocer y analizar el proceso de salud-enfermedad, identificar sus factores determinantes y evaluar el grado en que los servicios de salud responden a las necesidades de la población; con el fin de identificar o diagnosticar problemas y necesidades prioritarios de salud, los cuales deben servir como parte del proceso de planificación y la toma de decisiones en el hospital.

Así mismo es un instrumento que sirve de insumo para el desarrollo de estrategias que contribuyan a alcanzar la visión y la misión de la Institución logrando que todos los pacientes que acuden a nuestra Institución en busca de mejorar su estado de salud reciban una atención de calidad.

El enfoque integral del Análisis de Situación de Salud, facilita el conocimiento y análisis del perfil epidemiológico, los factores que lo determinan y la oferta de servicios de salud que intenta controlar estos problemas de salud en una determinada población.

Este documento consta de ocho capítulos:

- El primer capítulo del análisis se ocupa de la Estructura, Organización y Función del Hospital.
- En el segundo capítulo, Población usuaria; el análisis de la demanda a través de la morbilidad hospitalaria y mortalidad, por otro lado, se incluye información de las atenciones realizadas en consulta externa, las cuales han sido tomadas del sistema HIS, como fuente de información oficial de la Oficina de Estadística e Informática del HRGDVA, correspondientes al año 2017.
- En el tercer capítulo se detalla la Morbilidad y la Mortalidad hospitalaria.
- El cuarto capítulo indicadores hospitalarios
- El quinto capítulo presenta las conclusiones y recomendaciones.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud define el ASIS como un conjunto de procesos analítico-sintéticos que abarcan diversos tipos de análisis que permiten caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de una población, incluyendo los daños y problemas de salud, así como sus determinantes, sean estos competencia del sector salud o de otros sectores. Este proceso facilita también la identificación de necesidades y prioridades en salud, así como la identificación de intervenciones y programas apropiados y la evaluación de su impacto en salud. ⁽¹⁾

A
S
I
S
2
0
1
7

El Análisis de Situación de Salud del HRGDV es el resultado del trabajo de recopilación, procesamiento y análisis de información obtenida de diversas fuentes, orientado a caracterizar, medir y explicar la realidad sanitaria en la que nos desenvolvemos, sus determinantes, como resultado de la interacción de las condiciones de vida y los procesos de salud / enfermedad en la población que acude a nuestro Hospital. Con este enfoque dinámico, apuntamos al logro de resultados óptimos, con el uso eficiente de nuestros escasos recursos, y poner en agenda en las políticas públicas para las acciones en el cambio principalmente de Infraestructura de hace 54 años de servicio a la población así; mismo mejorar las acciones recuperativas y de rehabilitación enmarcadas en el Plan Operativo Institucional.

Buscamos generar información relevante sobre la salud de la demanda que atendemos, que por cierto no siempre es fácil definir por constituir una demanda que proviene de diferentes lugares del país y las diferentes provincias de Apurímac, al acceso de todos los sectores y que pueda servir como un instrumento para la toma de decisiones; ejerciendo, a la vez, el liderazgo que nos compete como Institución Referencial, la organización de los servicios de salud se realiza teniendo en cuenta la demanda de la atención, para lo cual es importante conocer los determinantes de la salud, la morbilidad, mortalidad y la salud percibida de la población. El fin que perseguimos como entidad hospitalaria es el mejoramiento de la calidad de vida en términos de salud de la población, garantizando su acceso a prestaciones de servicios de salud integral con calidad; pasando por nuestro fin próximo que es el de brindar servicios especializados para la recuperación y rehabilitación de la salud de la población Apurimeña; a pesar de nuestra realidad sanitaria Regional y los cambios climáticos, que constituyen enormes desafíos para nuestro sector.

Con este documento se orientará el proceso de selección de prioridades sanitarias en los diferentes servicios asistenciales, formulando los planes y políticas para el logro de los objetivos y metas que puedan ser incluidas en la agenda de trabajo y en los planes operativos y estratégicos de la Institución y del sector de salud.

En el perfil de la morbimortalidad, las enfermedades infecciosas continúan siendo causa de gran parte de la morbilidad, sin embargo, definitivamente podemos apreciar la importancia que han adquirido las enfermedades crónicas, entre ellas las del aparato circulatorio y los tumores en los últimos años.

Su infraestructura con 54 años de antigüedad está deteriorada y con altos índices de vulnerabilidad tanto estructural como no estructural. Durante los últimos años se han realizado diversas obras u servicios de mantenimiento mejorando los ambientes de atención a los pacientes.

OBJETIVOS DEL ASIS DEL HRGDV 2017

OBJETIVO GENERAL:

Contribuir al desarrollo de estrategias que nos permita alcanzar la visión, misión y los objetivos de la institución analizando la demanda de atenciones en la oferta, perfil epidemiológico, morbilidad y mortalidad; con los resultados identificar los problemas operacionales priorizando los problemas más importantes para la toma de decisiones por parte del nivel gerencial desde el punto de vista técnico y político; que incluya la identificación de políticas con la elaboración de planes de mejora continua de las Unidades Productoras de Salud; respondiendo a la demanda que acude a la institución en busca de mejorar su estado de salud con una atención de calidad y calidez..

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Identificar y analizar los determinantes de salud e indicadores de morbilidad y mortalidad de la población usuaria de las diferentes Unidades Productoras de Salud del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, según las variables de tiempo, espacio y persona; utilizando los diferentes sistemas y fuentes de información oficial existentes en el sector Salud, para tomar decisiones.
- Determinar, Estandarizar y analizar la eficiencia y eficacia de los servicios ofertados de las Unidades Productoras de Salud a través del análisis de los indicadores de Gestión y evaluación así mismo los compromisos de mejora del convenio de gestión hospitalaria.
- Demostrar y generar propuestas y estrategias, con la priorización de los principales problemas de las Unidades productoras de Salud del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, para la toma de decisiones oportunas con la mejora continua de los convenios de Gestión.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realizó una investigación con un enfoque retrospectivo, cualitativo y cuantitativo. Los métodos teóricos empleados fueron: analítico sintético, inductivo deductivo, histórico lógico y enfoque en sistema. La organización metodológica de la propuesta para la elaboración de ASIS-HO se basó en la caracterización de los determinantes de salud ajustada a la población.

La elaboración del ASIS Hospitalario del año 2017 se desarrolló en forma participativa:

- Emisión de solicitudes a las diferentes Oficinas/Unidades Servicios/Áreas servicios intermedios y finales para la obtención de información.
- La Unidad de Estadística debe centralizar todo el sistema de información de todos los registros de la institución sin embargo esta metodología no existe por lo tanto dificulta la obtención de los datos de algunos Servicios/Unidades/Áreas.
- Obtenida la información se realiza la sistematización, y el análisis de los cuadros estadísticos en la Unidad de Epidemiología.
- El presente documento está organizado en 4 capítulos:
 - El primer capítulo se obtiene del contexto del hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, descripción de las principales características del hospital estructura y organización.
 - Obtención de información de la base de datos del sistema de Información Estadístico (Unidad de Estadística e Informática del HRGDV) ingresado de las hojas de atención del HIS-MIS, Egresos Hospitalarios, Emergencia General y Emergencia Obstétrica.
 - Obtención de datos de los diferentes servicios intermedios; que fueron ejecutados en su base de datos (computadoras) y de los registros (libros, cuadernos).
 - Obtención del informe del Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública, casos de enfermedades y eventos sujetos a notificación obligatoria semanal e inmediata, tanto individual como colectiva, permitiendo que la información notificada sea comparable y útil para la toma de decisiones; vigilancia de enfermedades transmisibles y las no transmisibles y Control de brotes, epidemias, asimismo el análisis de la demanda, y el perfil de morbimortalidad hospitalaria través del (ASIS Hospitalario) y (Sala Situacional).
 - Obtención de la informe del Sistema de Vigilancia epidemiológica de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias, proceso continuo y sistemático de recolección activa, análisis, interpretación y difusión de datos relacionados con la frecuencia y distribución de

los procesos infecciosos adquiridos en el hospital, por factores de riesgo extrínsecos para las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS) y controlar oportunamente los brotes, a fin de permitir en tiempo oportuno la toma de decisiones e intervenciones basadas en evidencias.

- Obtención del informe del Sistema de Vigilancia epidemiológica de Prevención y Control de Mortalidad Materna Neonatal, componente del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, en el cual se recolecta y analiza datos (Sala Situacional), y difunde información sobre la ocurrencia y distribución de eventos de salud materna perinatal y neonatal en el hospital, para su aplicación en la prevención y control contribuyendo con la reducción de la morbilidad y mortalidad Materna, perinatal y neonatal.
- Obtención del informe del Estudio de Satisfacción del usuario externo elaborado por la Unidad de Calidad del Hospital.
- Se crearon instrumentos del tipo de Base de Datos en Hojas de Cálculo en el programa informático de formato Excel-Office XP 2007; para generar cuadros y gráficos; también se utilizaron Programas como el SPSS Versión 18. Existe una fluida coordinación con la Dirección de Estadística e Informática del Hospital, así como con los departamentos, servicios y estrategias sanitarias.
- Conclusiones y recomendaciones.

FINALIDAD

El presente Documento Técnico, ASIS 2017, tiene la finalidad de difundir las necesidades de salud la población y las necesidades de los servicios de salud.

OBJETIVO

Orientar la gestión pública en salud en el ámbito jurisdiccional del HOSPITAL, para la ejecución de acciones de salud priorizadas, dirigida a resolver las necesidades de salud de la población conducida por las autoridades y organizaciones no gubernamentales (ONG), población en general y otros actores relevantes del ámbito jurisdiccional.

AMBITO APLICACIÓN

El presente documento técnico es de aplicación y alcance para todos los servicios del HOSPITAL, y entidades que constituyen el Sistema de Salud (público y privados) El equipo técnico de la Unidad de Epidemiología, realizará la difusión del documento ASIS 2017 en los distintos servicios de salud.

CAPÍTULO I

1.1. CONTEXTO DEL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA, DESCRIPCION DE LAS PRINCIPALES CARACTERISTICAS DEL HOSPITAL ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN.

A
S
I
S
2
0
1
7

Ubicación geográfica mapa de ubicación, límites y accesibilidad.

El Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega está ubicado en el departamento de Apurímac, Provincia de Abancay y Distrito de Abancay en la localidad de Patibamba Alta hacia el sur de la ciudad de Abancay.

Límites:

- Por el Este limita con la Dirección Regional de Salud de Apurímac y Caritas.
- Por el Oeste limita con Av. Huáscar.
- Por el Norte limita con Seminario mayor y las casas del Banco de la Nación.
- Por el Sur limita con Av. Daniel Alcides Carrión.

El ingreso al hospital es por la AV. Daniel Alcides Carrión a Consultorio Externo y Emergencia.



1.2. CONTEXTO DEL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA.

1.2.1. RESEÑA HISTÓRICA.

El Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega tiene una antigüedad de 54 años para el año 2017. Se Inició la Construcción siendo Presidente Constitucional de la República el Dr. Manuel Prado Ugarteche, por el Fondo Nacional de Salud y Bienestar Social en Ejecución del Plan Hospitalario “Centro de Salud de Abancay”. Inaugurado siendo, Presidente Constitucional de la República el Arquitecto Fernando Belaunde Terry y Ministro de Salud Pública y Asistencia Social el Dr. Javier Arias Stella en noviembre del año **1963**. Posteriormente nominado como Hospital de Apoyo N° II. El 20 de noviembre de 1989, en reconocimiento a la labor social del Médico cusqueño Guillermo Díaz De La Vega, decidió cambiar el nombre por Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega hasta la actualidad.

Este ilustre galeno, inicia su tarea de Médico en Abancay, en 1935, en el antiguo Hospital de Apurímac, pasando a ser Médico Asistente del nuevo Hospital, asumiendo la Dirección de este nosocomio entre los años 1967 hasta 1971, fecha en que se retira definitivamente de sus labores oficiales de médico.

Este notable y generoso médico continuó por varios años atendiendo en su domicilio, muchas personas acudían a él en busca de alivio a sus dolencias y hasta obsequiaba los medicamentos.

El Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega es un Hospital categorizado como nivel II-2; el 20 de noviembre del 2008 con resolución Directoral N° 615- 2008-DG-DGDRH-DIRESA, se resolvió categorizar al hospital con la Categoría Hospital III-I con la proyección de la construcción de un nuevo hospital sin embargo a la fecha esta visión no se ha cristalizado funcionando el hospital como una categoría de un hospital de nivel II-2. El hospital es el establecimiento de salud Referencial de los 379 establecimientos de salud del departamento de Apurímac. Fue construido hace 54 años. Los usuarios del Hospital, independientemente de la UPSS a la que ingresan, son tres tipos de pacientes: particulares, asegurados al SIS y otras aseguradoras. Cuenta con un Consultorio externo que ya queda muy pequeño existiendo el hacinamiento de los usuarios en los pasadizos y el hall, los cuales se encuentran con el riesgo de adquirir una infección intrahospitalaria por una enfermedad infectocontagiosa por la demanda que exige el buen flujo de atención en todas sus especialidades. Hoy se impone en el sistema asistencial de modernizar y acondicionar propuestas y acciones para alcanzar el concepto de brindar calidad total en la atención de salud en las diferentes especialidades de consultorios externos. La satisfacción se refiere a la complacencia del usuario por el servicio recibido del trabajador de salud por las condiciones en las cuales brinda el servicio. Lo que debería de ser es que el usuario reciba una atención adecuada eficiente y de calidad en un tiempo corto, y menos colas con una tecnología adecuada recibiendo un trato humano y cortés por todo el personal de salud. Los diagnósticos deben ser precisos y no debe existir demora en la intervención de pacientes. Actualmente, la satisfacción de los usuarios es utilizada como un indicador para evaluar las intervenciones de los servicios sanitarios pues nos proporciona información sobre la calidad percibida en los aspectos de estructura, procesos y resultados.

Actualmente, los pacientes durante el proceso de atención muestran malestar debido a las enormes colas en las diferentes Unidades y consultorios, haciéndolos ir de un servicio a otro para realizar los trámites respectivos en el que muchas veces sólo es para la validación o dar conformidad a un examen dado o

medicamento prescrito. Existe un consultorio para 2 especialidades turnándose cada médico especialista para la atención de pacientes.

La atención en Emergencia a la actualidad se incrementó la demanda tanto las emergencias y Urgencias médicas.

Un desastre es uno de los retos más grande que pone a prueba la estructura organizacional de un establecimiento asistencial. Dado que en situaciones de desastres nos encontramos bajo una condición anormal que se caracteriza por la confusión, la urgencia y muchas veces el peligro, implica planificar ´por adelantado la respuesta hospitalaria, a fin de minimizar el peligro de los posibles daños a la integridad de los pacientes. Los desastres internos y externos merman la capacidad de atención de las instituciones.

DETERMINANTES SOCIALES DEL DEPARTAMENTO

POBLACION DEL DEPARTAMENTO DE APURIMAC

**A
S
I
S

2
0
1
7**

Ubigeo	Departamento/ Provincia	Población estimada 2018	Superficie (km ²)	Densidad (2018)	Capital legal	Altitud (msnm)	Pro- vin- cias	Dis- trito s	Porcentaje de niños menores de 1 año que requiere atención adicional por mes (%)	Devengado per cápita en soles, 2018		
										Activi- dad	In- versión	Total General
NACIONAL		32,167,026	1,280,172	25			196	1874	43.4	617.3	75.1	692
NACIONAL SIN LA PROV. DE LIMA		22,848,343	1,277,557	18			195	1831	46.9	361.3	71.6	433
ZONA SUR		7,304,092	427,564	17			74	736	44.1	381.4	102.0	483
030000	APURÍMAC	464,584	20,896	22	Abancay	2,392	7	84	45.8	456.0	115.4	571
030100	ABANCAY	107,167	3,447	31	Abancay	2,392		9	5.3	1,111.4	76.9	1,188
030200	ANDAHUAYLAS	171,386	3,987	43	Andahuaylas	2,901		20	45.5	263.6	58.7	322
030300	ANTABAMBA	13,421	3,219	4	Antabamba	3,640		7	89.0	231.7	154.0	386
030400	AYMARAES	33,274	4,213	8	Chalhuanca	2,911		17	85.2	235.8	111.1	347
030600	CHINCHEROS	59,476	1,242	48	Chincheros	2,795		11	65.7	243.6	154.4	398
030500	COTABAMBAS	53,320	2,613	20	Tambobamba	3,292		6	57.5	290.4	312.4	603
030700	GRAU	26,540	2,175	12	Chuquibambilla	3,376		14	85.2	251.0	139.2	390

CUADRO N° 1

Tipo de seguro al que accede la población por provincias del departamento de Apurímac

Provincia	Afiliado a algún tipo de seguro de salud					Ninguno
	Seguro Integral de salud (SIS)	ESSALUD	Seguro fuerza armadas PNP	Seguro privado	Otro segur	
Apurímac	74.1	14	1	0.6	0.4	10.4
Abancay	63.2	21.7	1.4	0.5	0.5	13
Andahuaylas	76.8	11.5	0.9	0.3	0.4	10.4
Antabamba	79.3	13.4	0.5	0.4	0.1	6.6
Grau	84	10.2	0.3	0.1	0.1	5.2
Cotabambas	73.7	12	0.9	1.9	0.4	12.1
Chincheros	83.8	8.3	0.5	0.1	0.2	7.2
Aymaraes	79.5	11.6	0.8	0.5	0.3	7.5

Fuente: Elaboración propia con datos del INEI - Censos Nacionales 2017: XII de Población, VII de Vivienda y III de Comunidades Indígenas.

Un promedio del 80% de la población Apurimeña cuenta con el seguro Integral de salud.

El departamento de Apurímac cuenta con 379 establecimientos de salud a nivel de las 7 provincias y sus 80 distritos donde la población acude a los diferentes

establecimientos de nivel I-1 al II-1 ubicados en la provincia de Abancay que cuenta con 60 establecimientos de salud, Andahuaylas con 105 establecimientos de salud, Antabamba con 23 establecimientos , Aymaraes con 52 establecimientos de salud , Chincheros con 45 establecimientos, Cotabambas con 51 establecimientos de salud y la provincia de Grau con 43 establecimientos de salud. Los cuales son referidos al Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega para ser atendidos por la oferta que ofrece la institución en las diferentes especialidades, **de Cardiología, Urología, Medicina Interna, Fisioterapia y Rehabilitación, Cirugía, Traumatología, Ginecología, Neumología, Oftalmología, Dermatología, Otorrinolaringología, Pediatría, Neonatología, Gastroenterología, Endoscopia Colonoscopia, Neurocirugía, UCI General, UCI Neonatal, Psiquiatría, Psicología Clínica, Psiquiatría, y la oferta de personal médico y Enfermería especializados. Brinda atención también en las Estrategias Sanitarias.**

CUADRO N° 2

Establecimientos de salud por categoría y provincias del departamento de Apurímac

Provincia	I-1	I-2	I-3	I-4	II-1	II-2	Sin Categoría	Total, general
Abancay	31	17	6	4		1	1	60
Andahuaylas	58	26	10	10		1		105
Antabamba	14	5	3	1				23
Aymaraes	32	14	4	2				52
Chincheros	20	15	6	3	1			45
Cotabambas	29	16		5	1			51
Grau	27	11	3	2				43
Total	211	104	32	27	2	2	1	379

Fuente: Registro Nacional de IPRESS – RENIPRES 2017

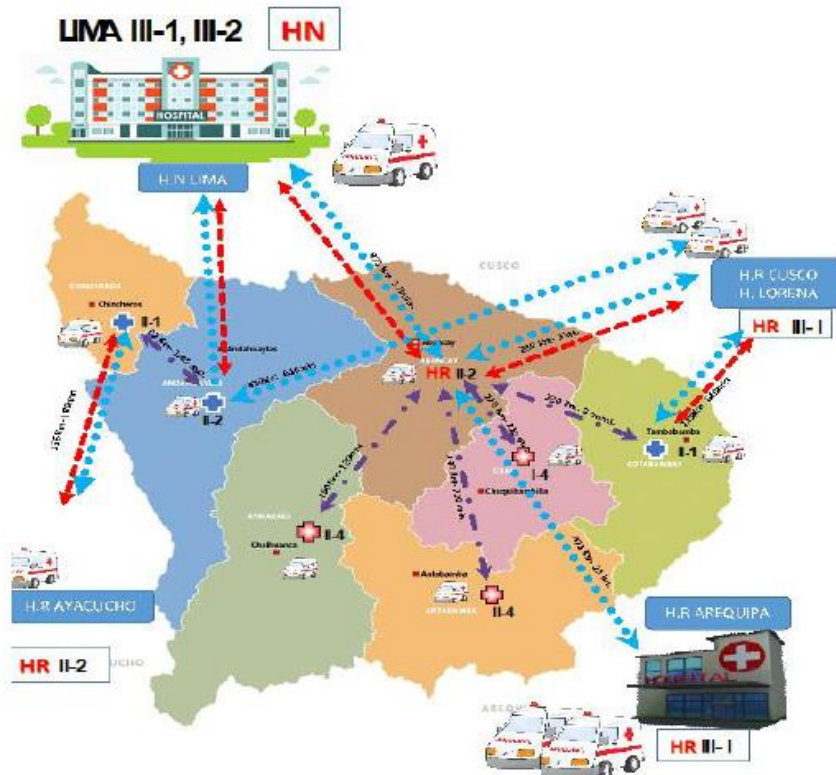
**REFERENCIA AL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA
 NIVEL II-2 Y
 Y CONTRAREFERENCIA A LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE NIVEL
 I-1 AL II-1 DEL DEPARTAMENTO DE APURIMAC**

A
S
I
S
2
0
1
7



Fuente: Dpto. de Enfermería 2019

**REFERENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA
 A LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE MAYOR NIVEL**



Fuente: DIRESA APURIMAC 2017

Los pacientes acuden al servicio de Consultorio externo y a Emergencia General del hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega y algunos pacientes que requieren atención de mayor complejidad son referidos a otros hospitales de nivel III-1 y III-2.

CONCEPTOS FILOSÓFICOS

VISION:

“Ser al año 2020, un Hospital de alta complejidad reconocido a nivel regional, impulsor de un modelo innovador de prestación de servicios de salud especializados, que brinde atención segura, de calidad y con calidez humana, con infraestructura moderna, equipamiento de alta tecnología y recursos humanos competentes que contribuyan al desarrollo humano con inclusión y protección social”.

MISION:

“Somos un Hospital Referencial, Docente, de mediana complejidad, con personal especializado y capacitado, tecnología apropiada que brinda servicios de salud integrales a la persona en todas sus etapas de vida, en condiciones de plena accesibilidad con calidad y equidad; contribuyendo al bienestar y desarrollo sostenible de la Región Apurímac”

A
S
I
S

2
0
1
7

OBJETIVOS DEL PLAN ESTRATEGICO INSTITUCIONAL

O.E.1.	Contribuir en la reducción de la morbilidad materna y neonatal con énfasis en la población más vulnerable.
O.G.2.	Contribuir en la reducción de la desnutrición crónica en menores de 5 años, mediante una atención integral de salud.
O.E.3.	Contribuir a la disminución y control de las enfermedades no transmisibles y crónicas degenerativas, fortaleciendo la atención oportuna.
O.G.4.	Contribuir a la disminución y control de las enfermedades transmisibles, fortaleciendo la atención oportuna.
O.E.5.	Contribuir a la reducción de los daños y/o lesiones contra la salud, con énfasis en atención de la salud en forma integral ambulatoria y hospitalaria sin discriminación
O.E.6.	Optimizar la capacidad resolutoria y ampliar la oferta de los servicios de apoyo y de ayuda al tratamiento, garantizando el funcionamiento hospitalario.
O.E.7.	Fortalecer y homogenizar la información técnica, administrativa, vigilancia sanitaria e investigación, mediante un sistema integrado, para el manejo automatizado de datos e información, que permita una adecuada toma de decisiones, para brindar servicios con estándares de calidad.
O.E.8.	Desarrollar, fortalecer y consolidar las competencias del recurso humano del hospital, con una cultura organizacional basada en nuestra misión, visión y valores institucionales.
O.E.9.	Fortalecer los procesos de gestión administrativa y de servicios de salud, enfatizando en la mejora del desempeño institucional implementado por el estado, con enfoque de resultados en el marco de la modernización e inclusión social

OBJETIVOS DEL SISTEMA DE SALUD HOSPITALARIO HRGDV

1. Contribuir en la reducción de la morbilidad materna y neonatal con énfasis en la población más vulnerable.
2. Contribuir en la reducción de la desnutrición crónica en menores de 5 años, mediante una atención integral de salud.
3. Contribuir a la disminución y control de las enfermedades no transmisibles y crónicas degenerativas, fortaleciendo la atención oportuna.
4. Contribuir a la disminución y control de la enfermedad transmisible y crónica degenerativa, fortaleciendo la atención oportuna.
5. Contribuir a la reducción de los daños y/o lesiones contra la salud, originadas por factores internos y externos.
6. Optimizar la capacidad resolutive y ampliar la oferta de los servicios de apoyo y de ayuda al tratamiento.
7. Fortalecer y homogenizar la información sanitaria y técnica administrativa mediante un sistema integrado, para el manejo automatizado de datos e información, que permita una adecuada toma de decisiones.
8. Fortalecer las competencias del recurso humano del Hospital.
9. Mejorar la oferta de los servicios de salud con calidad y gestión eficiente de los recursos, en beneficio de la población.
10. Optimizar y fortalecer la gestión de los sistemas administrativos, tesorería, contabilidad, logística y abastecimiento en el hospital.

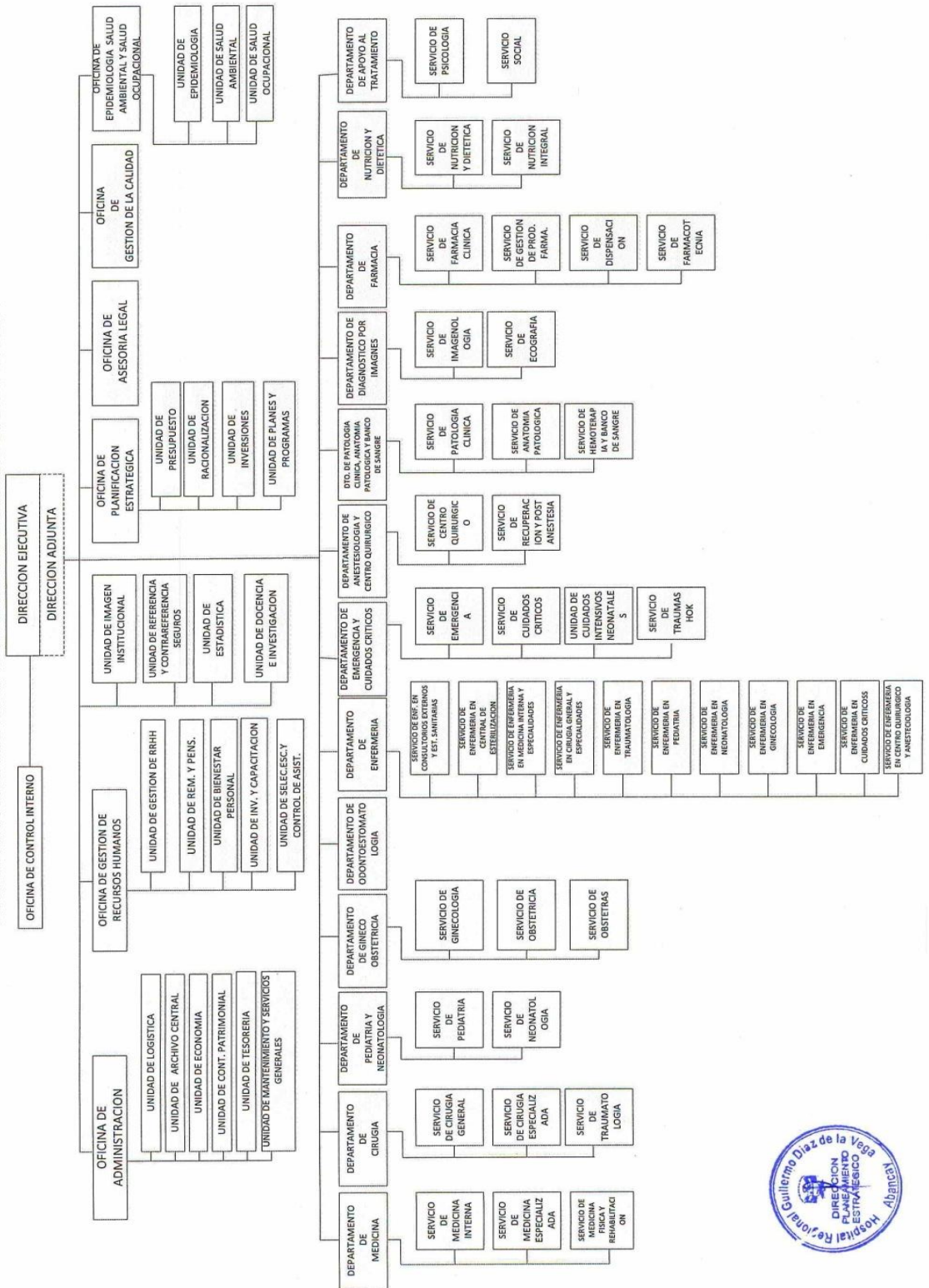
1.3.1. ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL DE LA INSTITUCIÓN

El Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega como Unidad Ejecutora cuenta con los órganos de Dirección, Control OCI, 4 Órganos de Asesoramiento, 5 órganos de Apoyo, y 9 órganos de Línea, detallados a continuación:

ÓRGANO DE DIRECCIÓN	Dirección Ejecutiva
ÓRGANO DE CONTROL	Oficina de Control Interno
ÓRGANO DE ASESORAMIENTO	1: Oficina de Planificación Estratégica 2: Oficina de Asesoría Legal 3: Oficina de Epidemiología Salud Ambiental y Salud Ocupacional 4: Oficina de Gestión de la Calidad
ÓRGANO DE APOYO	1: Oficina de Administración 2: Oficina de Gestión de Recursos Humanos 3: Unidad de Imagen Institucional 4: Unidad de Estadística E Informática 5: Unidad de Apoyo a la docencia e Investigación 6: Unidad de Seguros 7: Unidad de Economía 8: Unidad de logística 9: Unidad de Servicios Generales y Mantenimiento
ÓRGANO DE LÍNEA	1: Departamento de Medicina 2: Departamento de Cirugía y Traumatología 3: Departamento de Pediatría y Neonatología 4: Departamento de Ginecología y Obstetricia 5: Departamento de Odontoestomatología 6: Departamento de Enfermería 7: Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos 8: Departamento de Anestesiología y Centro Quirurgico 9: Departamento de Patología Clínica, Anatomía Patológica y Banco de Sangre 10: Departamento de diagnóstico por Imágenes 11: Departamento de Farmacia 12: Departamento de Nutricion y Dietetica 13: Departamento de Apoyo al Tratamiento

1.3.2. ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL DEL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA.

ESTRUCTURA ORGANICA HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA



CARTERA DE SERVICIOS: Descripción de las prestaciones que Brinda el establecimiento:



GOBIERNO REGIONAL DE APURÍMAC
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD APURÍMAC
HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA ABANCAY
OFICINA DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA



VIII. CARTERA DE SERVICIOS POR UNIDADES FUNCIONALES

DEPARTAMENTO DE MEDICINA	MEDICINA	MEDICINA GENERAL
		MEDICINA INTERNA
	ESPECIALIDADES MEDICAS	ENDOCRINOLOGIA
		GASTROENTEROLOGIA
		CARDIOLOGIA
		NEUROLOGIA
		PSIQUIRIA
	GERIATRIA	
	MEDICINA FISICA Y REHABILITACION	
DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	OBSTETRICIA	
	GINECOLOGIA	
DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA Y NEONATOLOGIA	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES	
	MEDICINA PEDITRICA	
DEPARTAMENTO DE CIRUGIA	CIRUGIA GENERAL	
	TRAUMATOLOGIA	
	ESPECIALIDADES QUIRURGICAS	UROLOGIA
		OFTALMOLOGIA
DEPARTAMENTO DE EMERGENCIAS Y CUIDADOS CRITICOS	EMERGENCIA	
	CUIDADOS CRITICOS	
DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGIA Y CENTRO QUIRURGICO	CENTRO QUIRURGICO	
	RECUPERACION POST ANESTESIA	
DEPARTAMENTO DE ODONTOESTOMATOLOGIA	ODONTOLOGIA GENERAL	
	ODONTOLOGIA PEDIATRICA	
DEPARTAMENTO DE DIAGNOSTICO POR IMÁGENES	IMAGENOLOGIA	
	ECOGRAFIAS	
	MAMOGRAFIAS	
	TOMOGRAFIAS (SERVICIO TERCERIZADO)	
DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA CLINICA, ANATOMIA PATOLOGICA Y BANCO DE SANGRE	PATOLOGIA CLINICA - LABORATORIO	
	ANATOMIA PATOLOGICA	
	HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE	
DEPARTAMENTO DE FARMACIA	FARMACIA DE EMERGENCIA	
	FARMACIA CENTRAL	
DEPARTAMENTO DE NUTRICION Y DIETETICA	NUTRICION AMBULATORIA	
	VIGILANCIA NUTRICIONAL	
DEPARTAMENTO DE APOYO AL TRATAMIENTO	SERVICIO DE PSICOLOGIA	
	SERVICIO SOCIAL	
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA	ESTRATEGIAS SANITARIAS	



**A
S
I
S

2
0
1
7**

“Análisis de la Situación de Salud – Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega”
 Unidad de Epidemiología - OESASO

**A
S
I
S
2
0
1
7**

CARTERA DE SERVICIOS DEL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA - ABANCAY - 2015.			
SERVICIOS	CONSULT. EXTERNOS	HOSPITALIZACION	EMERGENCIA
DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA			
Emergencia en Medicina Interna			24 horas
Emergencia en Pediatría			24 horas
Emergencia en Cirugía			24 horas
Emergencia en Traumatología			24 horas
Emergencia en Gineco - Obstetricia			24 horas
Emergencia en Trauma Shock			24 horas
Unidad de Cuidados Criticos			
Unidad de Cuidados Intensivos			24 horas
DEPARTAMENTO DE MEDICINA			
Medicina Interna	6 horas	24 horas	24 horas
Gastroenterología	06 horas	Por Interconsultas	Por Interconsultas
Endocrinología	06 horas	Por Interconsultas	Por Interconsultas
Medicina Fisica y Rehabilitacion	12 horas	Por Interconsultas	Por Interconsultas
Psiquiatria	06 horas	Por Interconsultas	Por Interconsultas
Neurología	06 horas	Por Interconsultas	Por Interconsultas
Cardiología	06 horas	Por Interconsultas	Por Interconsultas
DEPARTAMENTO DE CIRUGIA			
Cirugía General y Laparoscópica	06 horas	24 horas	24 horas
Traumatología	06 horas	24 horas	24 horas
Urología	06 horas	Por Interconsultas	Por Interconsultas
Oftalmología	06 horas	Por Interconsultas	Por Interconsultas
DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA			
Medicina Pediátrica	06 horas	24 horas	24 horas
Neonatología	06 horas	24 horas	24 horas
Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales		24 horas	24 horas
DEPARTAMENTO DE GINECOLOG. Y OBSTETRICIA.			
Ginecología - bstetricia		24 horas	24 horas
Obstetricia(CPN PPF)	06 horas	24 horas	24 horas
DEPARTAMENTO DE APOYO AL DIAGNOSTICO			
DEPTO. DE PATOLOGIA CLINICA Y ANATOMIA PATOLOGICA			
Patología Clínica	6 horas	24 horas	24 horas
Anatomía Patológica	6 horas	12 horas	12 horas
Banco de Sangre		24 horas	24 horas
DEPARTAMENTO DE IMAGENOLOGIA			
Radiología	12 horas	24 horas	24 horas
Ecografía	12 horas	24 horas	24 horas
Mamografía	06 horas		

“Análisis de la Situación de Salud – Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega”
Unidad de Epidemiología-OESASO

SERVICIOS	CONSULT. EXTERNOS	HOSPITALIZACION	EMERGENCIA
DEPARTAMENTO DE FARMACIA			
Farmacia Central	12 horas	12 horas	
Farmacia de Emergencia General, emergencia Obstetrica		24 horas	24 horas
Farmacia en Centro Quirúrgico		24 horas	24 horas
DEPARTAMENTO DE NUTRICION Y DIETETICA			
Nutricion Y Dietética		12 horas	12 horas
SERVICIO DE PSICOLOGIA			
Psicología	06 horas	Por Interconsultas	Por Interconsultas
DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGIA Y CENTRO QUIRURGICO			
Anestesiología		Por Interconsultas	Por Interconsultas
Unidad de Recuperación		24 horas	24 horas
Centro quirúrgico		24 horas	24 horas
Central de esterilización		12 horas	12 horas
CONSULTORIO DE ESTRATEGIA SANITARIA			
Estrategias Sanitarias de Control de TBC	6 horas	Por Interconsultas	Por Interconsultas
Estrategias Sanitarias de Cancer	6 horas	Por Interconsultas	
Estrategias Sanitarias de prevencion y control de daños no transmisibles.	6 horas	Por Interconsultas	
Estrategias Sanitarias salud sexual y reproductiva.	6 horas	Por Interconsultas	
Estrategias Sanitarias prevencion y control de enfermedades metaxenicas y otras.	6 horas	Por Interconsultas	
Estrategias Sanitarias prevencion y control de infecciones de transmision sexual y VIH- SIDA.	6 horas	Por Interconsultas	
Estrategias Sanitarias salud sexual y reproductiva.	6 horas	Por Interconsultas	
Inmunizaciones	6 horas	Por Interconsultas	
Otros servicios			
Odontostomatología	12 horas	Por Interconsultas	Interconsultas
OTROS SERVICIOS AL USUARIO EXTERNO			
Epidemiología,Saneamiento Ambiental y Salud Ocupacional	12 horas	12 horas	12 horas
Seguros (SIS, FOSPOLI, SOAT)	12 horas	12 horas	24 horas

1.3.3. CATEGORÍA DEL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA.

El Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega es un Hospital categorizado como nivel II-2; el 20 de noviembre del 2008 con resolución Directoral N° 615- 2008-DG-DGDRH-DIRESA, se resolvió categorizar al hospital con la Categoría Hospital III-I con la proyección de la construcción de un nuevo hospital sin embargo a la fecha esta visión no se ha cristalizado funcionando el hospital como una categoría de un hospital de nivel II-2.

A
S
I
S

RECURSOS HUMANOS.

2
0
1
7

El Recurso Humano es el principal activo de toda organización. El éxito de las organizaciones modernas en el mundo globalizado se debe a su alto grado de competitividad alcanzado. Este resultado ha sido posible gracias a la integración efectiva y eficiente de su personal, lo que le ha permitido llevar a cabo estrategias y conseguir sus metas. La piedra angular, columna vertebral y esencia del desarrollo organizacional en la institución es el factor humano. Sin embargo, para muchos administradores esta idea, a pesar que la pronuncian muy a menudo, no se traduce en la práctica en hechos que demuestren lo que pregonan. La misión, visión, políticas y normas de la organización, son muchas veces letra muerta; es decir, no se reconoce la importancia que tienen los recursos humanos en los procesos de cambio para lograr la competitividad en la organización. Hoy más que nunca, los administradores deben desarrollar un nuevo estilo de liderazgo que le permita integrar, motivar y desarrollar al potencial humano para que la organización sea cada día más eficiente, eficaz y rentable. El personal debe saber que la entidad les motiva, capacita, orienta, comprende y toma en cuenta en los destinos de la organización.

Por lo tanto, cualquiera sea el enfoque que utilicemos, debemos concluir que es el RECURSO HUMANO el que con su talento y esfuerzo, hará posible que la organización alcance niveles de eficiencia y eficacia comparables con el clima organizacional más prestigiadas del medio.

En consecuencia, los funcionarios de todas las organizaciones deben tener muy en cuenta que, sin un recurso humano idóneo, será casi imposible que la organización pueda obtener altos estándares de desempeño, así cuente con equipos sofisticados o de punta.

RECURSO HUMANO DEL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA 2017

PERSONAL EN GENERAL	TOTAL	%
ENFERMERA(O)	158	22,04
TECNICO EN ENFERMERIA	131	18,27
MEDICO CIRUJANO	78	10,88
OBSTETRA	38	5,30
* SIN PROFESIÓN NI CARRERA TÉCNICA	26	3,63
CONTADOR PUBLICO	24	3,35
TECNICO EN MANTENIMIENTO	19	2,65
TECNICO EN COMPUTACION E INFORMATICA/EN COMPUTADORAS	18	2,51
TECNICO DE FARMACIA	15	2,09
BIOLOGO	13	1,81
TECNICO ADMINISTRADOR	11	1,53
INGENIERO SISTEMAS INFORMATICOS	10	1,39
QUIMICO FARMACEUTICO	10	1,39
TECNICO EN GASTRONOMIA Y ARTE CULINARIO	10	1,39
TECNICO LABORATORISTA	7	0,98
TECNICO RADIOLOGO	7	0,98
ABOGADO	6	0,84
SECRETARIA	5	0,70
PSICOLOGO	4	0,56
CIRUJANO DENTISTA	3	0,42
ECONOMISTA	3	0,42
NUTRICIONISTA	3	0,42
TECNICO AUTOMOTRIZ	3	0,42
TECNICO EN SALUD	3	0,42
TECNOLOGO MEDICO LABORATORIO CLINICO Y ANATOMIA PATOLOGICA	3	0,42
TECNOLOGO MEDICO TERAPIA FISICA Y REHABILITACION	3	0,42
PROFESOR DE ENSEÑANZA PRIMARIA	2	0,28
PROFESOR EDUCACION SECUNDARIA	2	0,28
TRABAJADOR(A) SOCIAL	2	0,28
VETERINARIO	2	0,28
ADMINISTRADOR	1	0,14
AGRONOMO	1	0,14
INGENIERO ELECTRONICO	1	0,14
TECNICO ECONOMIA	1	0,14
TECNICO ELECTRICISTA EN GENERAL	1	0,14
TECNICO EN ECONOMIA Y ADMINISTRACION	1	0,14
TECNICO MECANICO	1	0,14
OTROS	91	12,69
Total general	717	100,00

Fuente: Unidad de RRHH 2017

CONDICION LABORAL	TOTAL
Nombrado	372
Contrato CAS	185
Contratado 276 - Plazo fijo	49
Servicio de terceros / locación de servicios (en blanco)	40
Destacado	39
Residente	23
Designado de carrera	10
Designado no de carrera	1
Total general	717

Fuente: Unidad de RRHH 2017

“Análisis de la Situación de Salud – Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega”
Unidad de Epidemiología - OESASO

**A
S
I
S
2
0
1
7**

ESPECIALIDAD PERSONAL MEDICO	TOTAL
BLANCO	19
PEDIATRIA	10
CIRUGIA GENERAL	8
ANESTESIOLOGIA	7
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA	7
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	5
MEDICINA INTERNA	3
PATOLOGIA CLINICA	3
GASTROENTEROLOGIA	2
MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA	2
NEUMOLOGIA	2
OTORRINOLARINGOLOGIA	2
RADIOLOGIA	2
CARDIOLOGIA	1
ENDOCRINOLOGIA	1
NEUROLOGIA	1
OFTALMOLOGIA	1
PSIQUIATRIA	1
UROLOGIA	1
Total general	78

Fuente: Unidad de RRHH 2017

CONDICION LABORAL PERSONAL MEDICO	TOTAL	%
Nombrado	28	30,11
Contratado 276 - Plazo fijo	22	23,66
Destacado	15	16,13
Servicio de terceros / locación de servicios	14	15,05
Residente	10	10,75
Contrato CAS	3	3,23
Con estipendio (pagado)	1	1,08
Total general	93	100,00

Fuente: Unidad de RRHH 2017

ESPECIALIDAD PERSONAL ENFERMERO(A)	TOTAL
CENTRO QUIRURGICO	14
CUIDADOS INTENSIVOS	13
EMERGENCIAS Y DESASTRES	13
PEDIATRIA	7
CUIDADOS EN SALUD DE LA MADRE Y EL NIÑO	5
CUIDADOS QUIRURGICOS	5
ADULTO MAYOR - GERIATRIA Y GERONTOLOGIA	4
NEONATOLOGIA	4
SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA	4
GESTION EN SERVICIOS DE SALUD	3
PEDIATRIA Y NEONATOLOGIA	3
CUIDADOS NEONATALES	2
ADMINISTRACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD	1
AUDITORIA EN ENFERMERIA	1
CENTRO QUIRURGICO ESPECIALIZADO	1
CIRUGIA	1
CUIDADO EN SALUD DEL NIÑO	1
CUIDADOS EN SALUD MENTAL Y PSIQUIATRIA	1
CUIDADOS INTENSIVOS - NEONATOLOGIA	1
MADRE NIÑO ADOLESCENTE CON MENCION EN PE	1
SALUD PUBLICA	1
SALUD PUBLICA Y COMUNITARIA	1
SIN ESPECIALIDAD	71
Total general	158

Fuente: Unidad de RRHH 2017

MAESTRIA PERSONAL ENFERMERO (A)	TOTAL
CONSTANCIA	4
TITULO	1
SIN MAESTRIA	153
Total general	158

Fuente: Unidad de RRHH 2017

CONDICION LABORAL PERSONAL ENFERMERO (A)	TOTAL
Contratado 276 - Plazo fijo	4
Contrato CAS	36
Destacado	4
Nombrado	110
Servicio de terceros / locación de servicios	4
Total general	158

Fuente: Unidad de RRHH 2017

ESPECIALIDAD PERSONAL OBSTETRA	TOTAL
SIN ESPECIALIDAD	14
EMERGENCIAS Y CUIDADOS CRITICOS	11
ALTO RIESGO OBSTETRICO	6
EMERGENCIAS OBSTETRICAS	3
MONITOREO FETAL	2
ALTO RIESGO OBSTETRICO Y CUIDADOS PERINATAL	1
PSICOPROFILAXIS Y ESTIMULACION PRENATAL	1
Total general	38

Fuente: Unidad de RRHH 2017

CONDICION LABORAL PERONAL OBSTETRA	TOTAL
Nombrado	29
Destacado	3
Servicio de terceros / locación de servicios	3
Contratado 276 - Plazo fijo	2
Contrato CAS	1
Total general	38

Fuente: Unidad de RRHH 2017

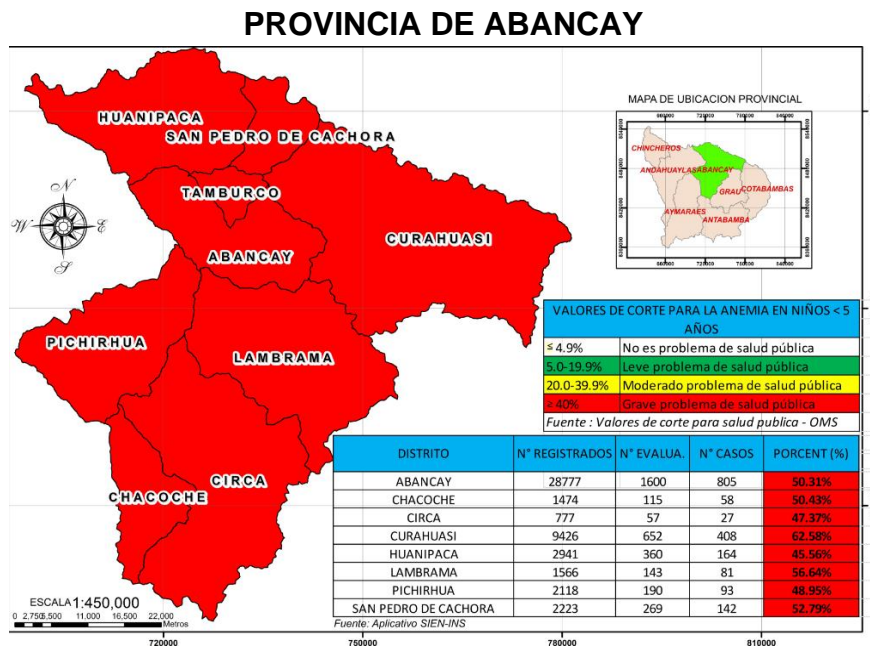
CAPITULO II

2.1. ANALISIS DE LOS DETERMINANTES RELACIONADOS A LOS SERVICIOS DE SALUD NIVEL HOSPITALARIO

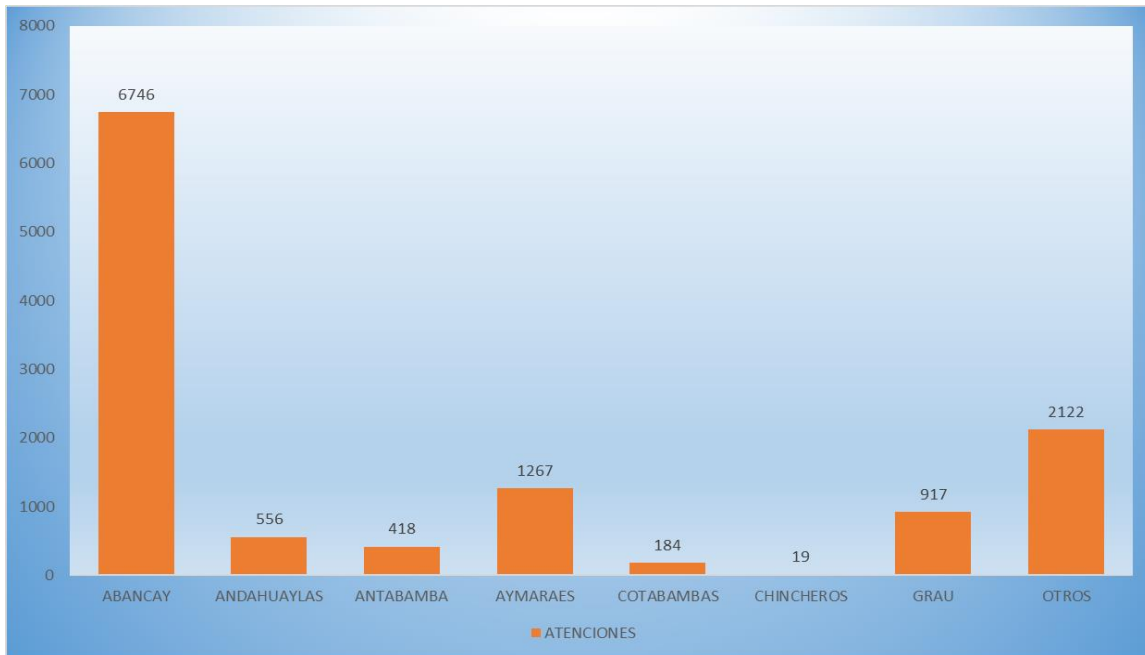
ANÁLISIS 2017

El Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, es una Unidad Ejecutora independiente de la Dirección Regional de Salud Apurímac – DIRESA, con autonomía presupuestal y administrativa, conservando la dependencia rectora de la DIRESA y del Ministerio de Salud, viene desarrollando sus actividades prestacionales según los lineamientos de política del sector.

PROVINCIA DE ABANCAY Y DISTRITOS ESTIMADO Y PROYECTADO DE INDICADORES DEMOGRÁFICOS POR QUINQUENIOS 1995 - 2025



Procedencia de la población Usuaria por Provincias de Apurímac; Consulta Externa Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega 2017.



Fuente: Estadística e Informática HRGDV 2017

Los pacientes que acuden generalmente son de la provincia de Abancay en un 92.62%, de los diferentes Distritos, Aymaraes en un 6.6 %, Grau con 3.8% Andahuaylas en un 2.5% y en menores porcentajes Antabamba en un 2.2%, Chincheros, Cotabambas y otros departamentos con 0.61%.

CAPITULO III

**A
S
I
S
2
0
1
7**

3.1. UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS DE SALUD CONSULTA EXTERNA

La Infraestructura La Infraestructura Física de Consulta Externa, se ubica en el acceso principal al Hospital, la antigüedad de la construcción de los ambientes destinados a consulta externa data desde la construcción de la infraestructura del Hospital hace 53 años, desde entonces se han ido acondicionando a la infraestructura inicial. Actualmente se evidencia una Infraestructura deteriorada por falta de mantenimiento, en el pintado de paredes, techos, señalizaciones.

Las Estrategias sanitarias se encuentran funcionando en los ambientes de consulta externa, la jefatura de enfermería, se encuentra inadecuadamente ubicada, por estar en un lugar poco aparente.

3.1.1. DEMANDA EN CONSULTA EXTERNA GENERAL Y POR SERVICIOS.

Atendidos y Atenciones en Consulta Externa, Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega –2013 al 2017.



Fuente.: Estadística – HRGDV -2017

Elaborado por la Unidad de Epidemiología

La demanda de atenciones en Consulta externa del Hospital para el año 2017 a comparación con los años anteriores ha incrementado a 28808 atendidos y 58563 atenciones con, siendo un hospital referencial.

Las horas de atención generalmente son de 6 horas por día.

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

Atendidos y Atenciones en Medicina General - Consulta Externa, Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, 2013 al 2017



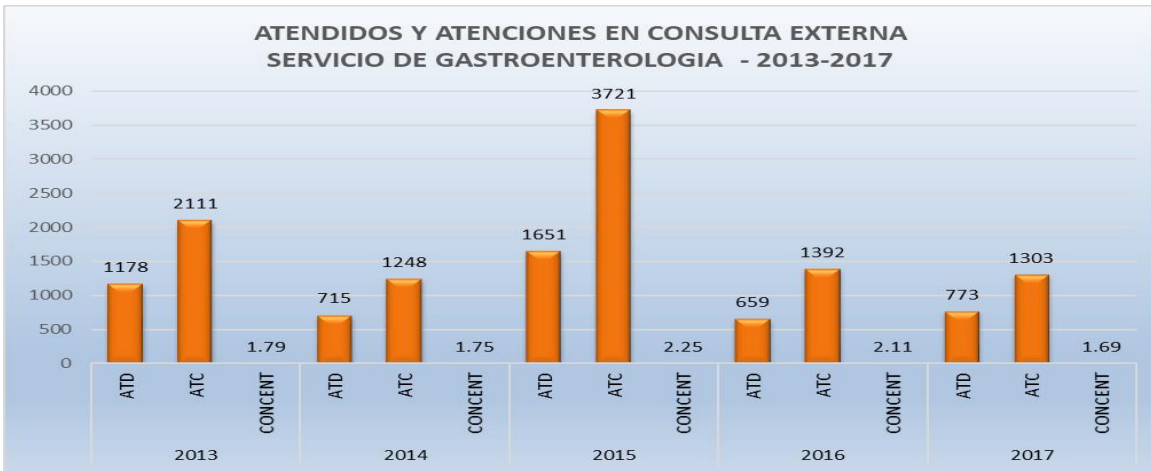
A
S
I
S

2
0
1
7

Fuente.: Estadística – HRGDV -2017
 Elaborado por la Unidad de Epidemiología

Atendidos y Atenciones en Consulta Externa por Medicina General del Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega – 2013 al 2017; en el cuadro se observa una disminución con 585 atendidos y 2832 atenciones, con una concentración de 4.84.

Atendidos y Atenciones en la Especialidad de Gastroenterología - Consulta Externa, Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, del 2013 al 2017



Fuente.: Estadística – HRGDV -2017
 Elaborado por la Unidad de Epidemiología

Los pacientes que acudieron a la especialidad de Gastroenterología en Consulta Externa del Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega – 2013 al 2017; con la información histórica obtenida la tendencia desde el año 2015 ha ido disminuyendo al año 2016 a 1392 atenciones con una concentración de 2.11 al año 2017 con 1303 atenciones con una concentración de 1.69.

Atendidos y Atenciones en la Especialidad de Cardiología - Consulta Externa, Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, del 2013 al 2017



Fuente.: Estadística – HRGDV -2017
 Elaborado por la Unidad de Epidemiología

La Especialidad de Cardiología en Consulta Externa del Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega – 2013 al 2017; la demanda de atenciones también

fueron disminuyendo de 1630 atenciones a 1434 atenciones en concentración de 3.48 a 2.39.

Atendidos y Atenciones en la Especialidad de Endocrinología - Consulta Externa, Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, del 2013 al 2017



Fuente.: Estadística – HRGDV -2017
 Elaborado por la Unidad de Epidemiología

La Especialidad de Endocrinología - Consulta Externa, Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, del 2013 al 2017; la demanda de atenciones a comparación de años anteriores ha incrementado a 599 atendidos con una atención de 1434.

Atendidos y Atenciones de la Especialidad de Medicina Interna - Consulta Externa, Regional Hospital Guillermo Díaz De La Vega, del 2013 al 2017



Fuente.: Estadística – HRGDV -2017
 Elaborado por la Unidad de Epidemiología

La Especialidad de Medicina Interna en consulta externa del Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, durante el año 2013 al 2017; a comparación de años anteriores ha disminuido a 271 atendidos con una atención de 550.

Atendidos y Atenciones en Rehabilitación y Medicina Física–Consulta Externa, Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, del 2013 al 2017

ANÁLISIS 2017



Fuente.: Estadística – HRGDV -2016
 Elaborado por la Unidad de Epidemiología

En consulta externa la especialidad de Medicina física y Rehabilitación al 2017; a comparación de años anteriores se incrementó a 1518 atendidos con una atención de 9053.

Atendidos y Atenciones en TUBERCULOSIS–Consulta Externa, Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, del 2013 al 2017



Fuente.: Estadística – HRGDV -2017
 Elaborado por la Unidad de Epidemiología

La estrategia de Riesgos y Daños para el control de pacientes probables y confirmados de tuberculosis en Consulta Externa del Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega 2013 al 2017; comparando con el año anterior se incrementó en las evaluaciones para el control de TBC A 512 atendidos con una atención de 1050.

Atendidos y Atenciones en Psicología - Consulta Externa, Regional Hospital Guillermo Díaz De La Vega, del 2013 al 2017



Fuente.: Estadística – HRGDV -2017
 Elaborado por la Unidad de Epidemiología

Las Atenciones de Psicología en consulta externa del Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, durante el año 2013 al 2017; el número de atendidos incremento a 1512 con una atención de 2518.

Atendidos y Atenciones en la Especialidad de Psiquiatría - Consulta Externa, Regional Hospital Guillermo Díaz De La Vega, del 2013 al 2017



Fuente.: Estadística – HRGDV -2017
 Elaborado por la Unidad de Epidemiología

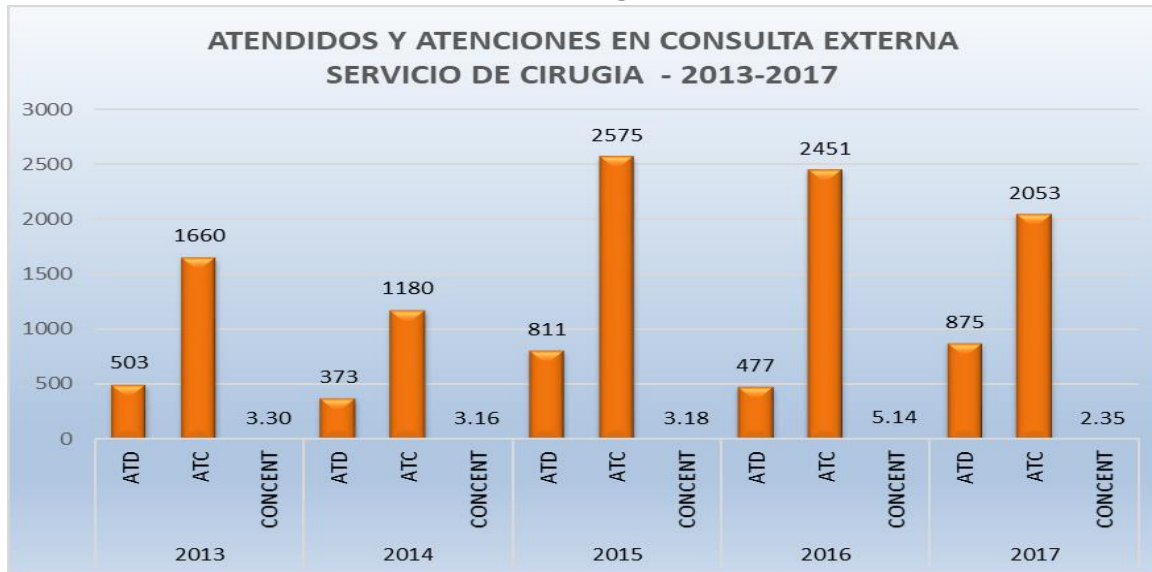
En Especialidad de Psiquiatría en consulta externa del Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, durante el año 2013 al 2017; los atendidos y la demanda de atención incrementaron a 387 con una atención de 736.

DEPARTAMENTO DE CIRUGIA Y TRAUMATOLOGIA

Atendidos y Atenciones en Cirugía General – Consulta Externa, Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, del 2013 al 2017.

**A
S
I
S

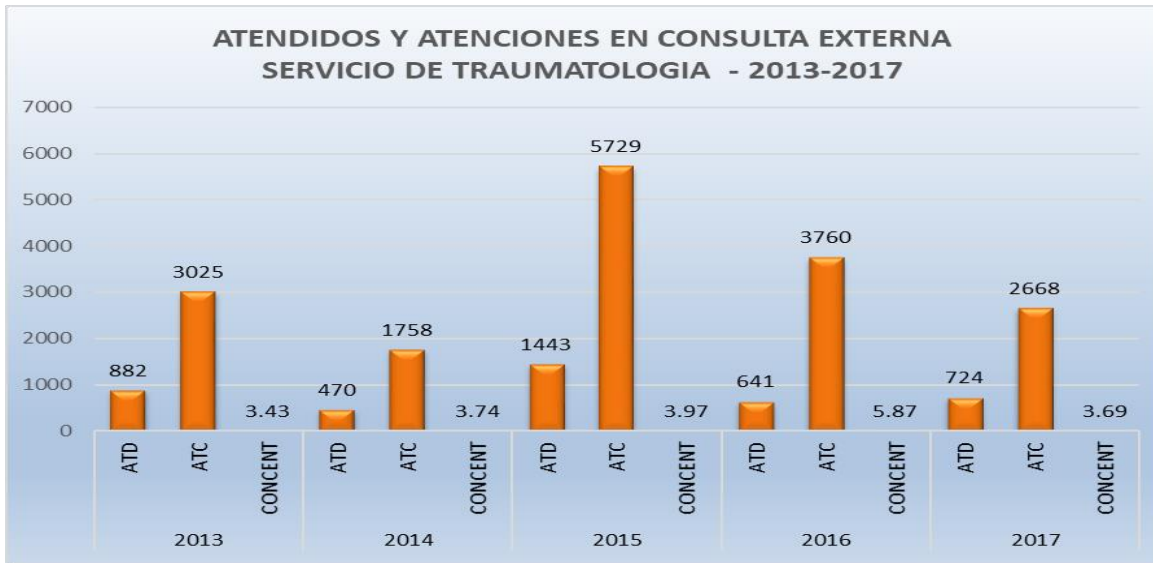
2
0
1
7**



Fuente.: Estadística – HRGDV -2017
 Elaborado por la Unidad de Epidemiología

A pesar que se ve la misma tendencia de disminución de atenciones, la concentración en consulta externa de cirugía no varió significativamente, al año 2017; la demanda de atención se incrementó a 875 con una atención de 2053.

Atendidos y Atenciones en Traumatología- Consulta Externa, Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, 2013 al 2017



Fuente.: Estadística – HRGDV -2017
 Elaborado por la Unidad de Epidemiología

La especialidad de Traumatología en Consulta Externa del Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega – 2013 al 2017; la demanda de atención incrementó a 724 atendidos con 2668 atenciones.

Atendidos y Atenciones en la Especialidad de Urología - Consulta Externa, Regional Hospital Guillermo Díaz de la Vega, del 2013 al 2017



Fuente.: Estadística – HRGDV -2017
 Elaborado por la Unidad de Epidemiología

La Especialidad de Urología en consulta externa del Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, durante el año 2013 al 2017; a comparación con los años anteriores la demanda de atendidos incrementaron a 518 con 1361 atenciones.

DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

**Atendidos y Atenciones en Ginecología y Obstetricia - Consulta Externa,
 Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, 2013 al 2017**

**A
S
I
S

2
0
1
7**

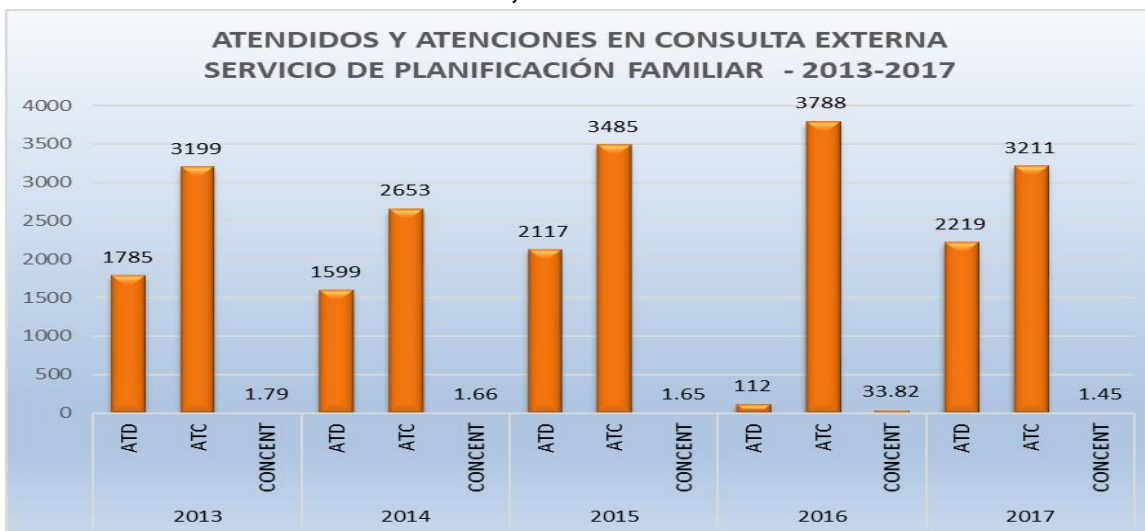


Fuente.: Estadística – HRGDV -2017

Elaborado por la Unidad de Epidemiología

Las atenciones en Ginecología y Obstetricia en Consulta Externa del Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega – 2013 al 2017; a comparación de años anteriores la demanda de atención se incrementó a 4162 atendidos con 9148 atenciones.

**Atendidos y Atenciones en Planificación Familiar - Consulta Externa,
 RHGDV, del 2013 al 2017**



Fuente.: Estadística – HRGDV -2017

Elaborado por la Unidad de Epidemiología

En Consulta Externa de Planificación Familiar del Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega – 2013 al 2017; la demanda de atención ha incrementado a 3211 atenciones.

DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA Y NEONATOLOGIA
Atendidos y Atenciones en Pediatría - Consulta Externa, Hospital Regional Guillermo Díaz de La Vega, 2013 al 2017



Fuente.: Estadística – HRGDV -2017
 Elaborado por la Unidad de Epidemiología

En Consulta Externa de Pediatría del Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega – 2013 al 2017; para el año 2013 las cifras disminuyeron a 1367 atenciones.

Atendidos y Atenciones en Odontología - Consulta Externa, Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, 2013 al 2017



Fuente.: Estadística – HRGDV -2017
 Elaborado por la Unidad de Epidemiología

Atendidos y Atenciones en Odontología en Consulta Externa del Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega – 2013 al 2017; I año 2013 continua la disminución del

número de atenciones a 1827 al año 2015 incrementa a 1529 atenciones y para el año 2016 disminuye la demanda de atenciones a 896.

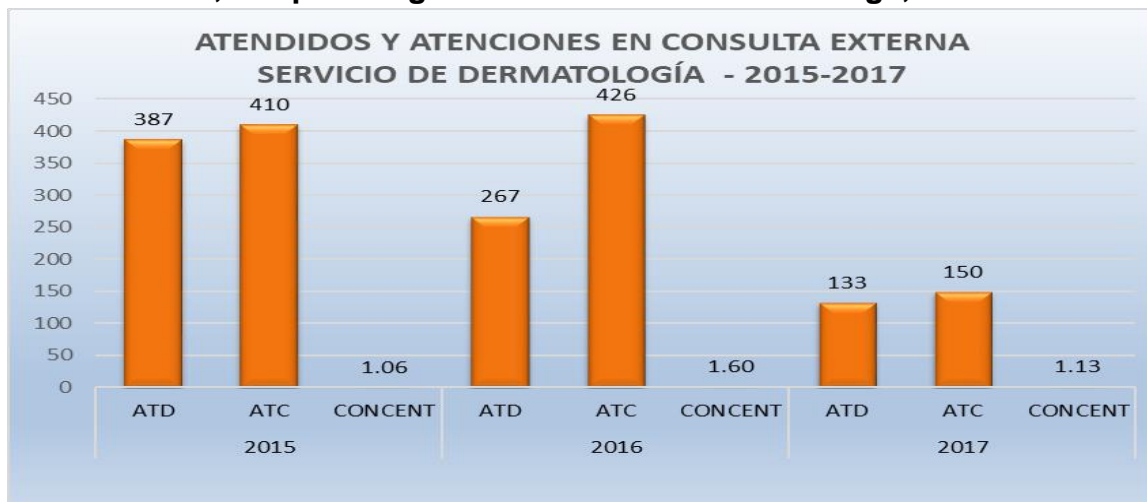
Atendidos y Atenciones de Oftalmología - Consulta Externa, Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, 2014-2017



Fuente.: Estadística – HRGDV -2017
 Elaborado por la Unidad de Epidemiología

Las atenciones de la Enfermería en consulta externa del Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega al 2017; si comparamos la tendencia ha disminuido de 1183 atenciones.

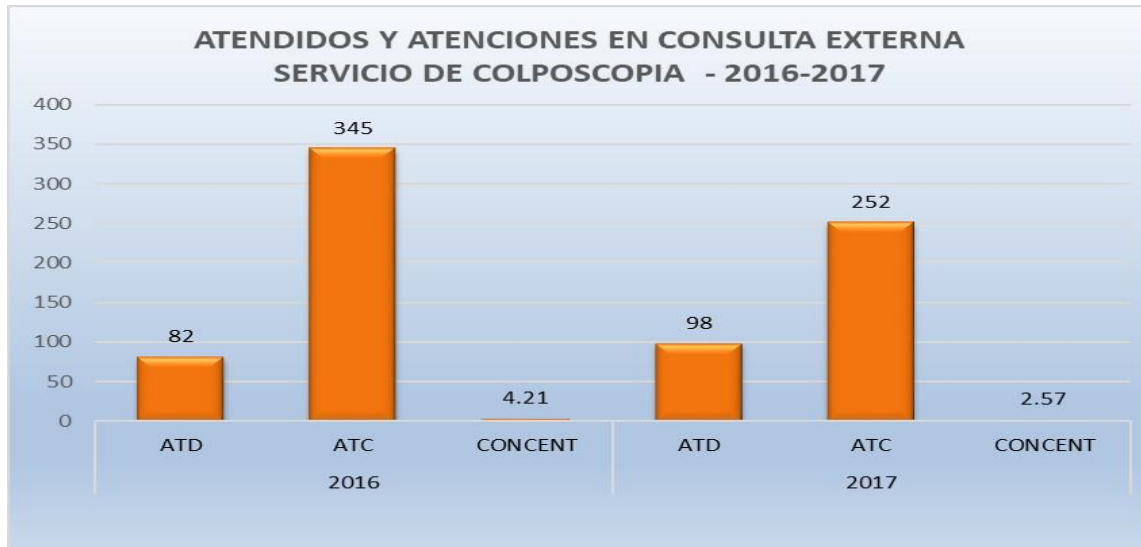
Atendidos y Atenciones en la Especialidad de Dermatología - Consulta Externa, Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, 2015-2017



Fuente.: Estadística – HRGDV -2017
 Elaborado por la Unidad de Epidemiología

Las atenciones la especialidad de Dermatología en consulta externa del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega al 2017; los pacientes acudieron a la especialidad en un numero de 150 atenciones.

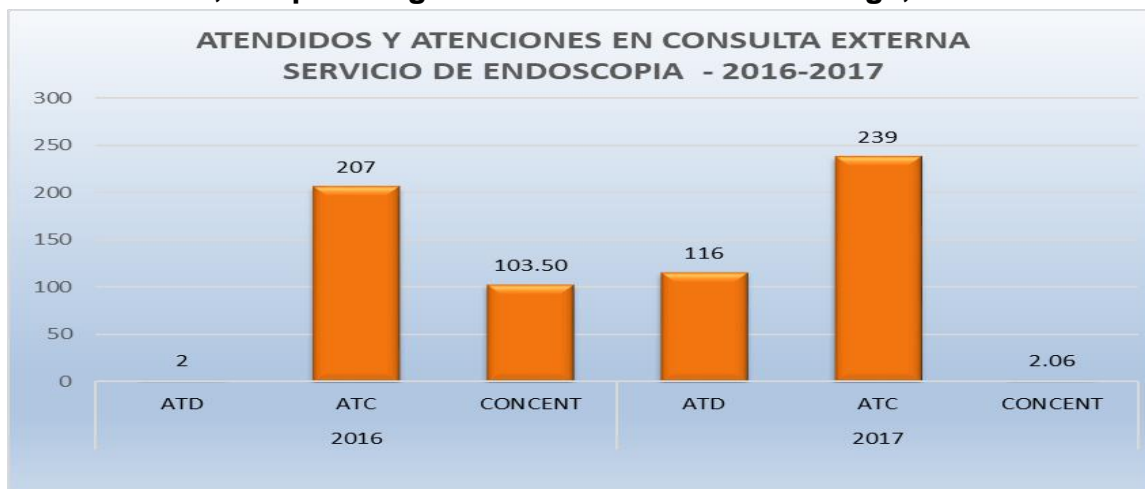
Atendidos y Atenciones en la Especialidad de COLPOSCOPIA - Consulta Externa, Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, 2016-2017



Fuente.: Estadística – HRGDV -2017
 Elaborado por la Unidad de Epidemiología

En las atenciones de la especialidad de Colposcopia – Consulta Externa del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega al año 2017, se tuvieron 345 con una concentración de 4.21 en el año 2015; y al año 2017 disminuyeron a 252 atenciones.

Atendidos y Atenciones en la Especialidad de ENDOSCOPIA - Consulta Externa, Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, 2016-2017



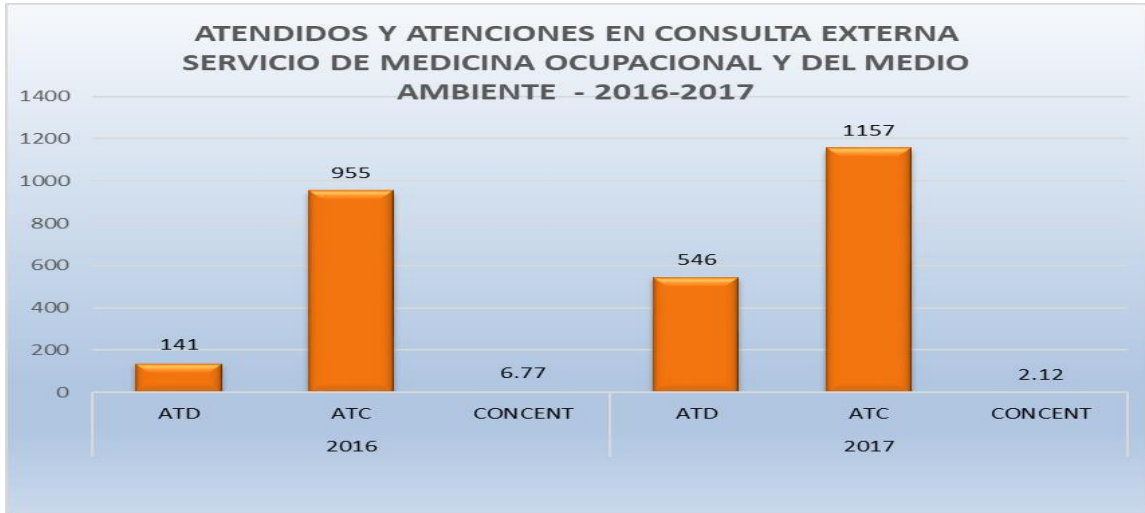
Fuente.: Estadística – HRGDV -2017
 Elaborado por la Unidad de Epidemiología

En la especialidad de endoscopia se tuvo la demanda de atenciones de 239 atenciones en el año 2017, no se tiene información de años anteriores por existir sub-registros.

Atendidos y Atenciones en Medicina Ocupacional y del Medio Ambiente - Consulta Externa, Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, 2016-2017

A
S
I
S

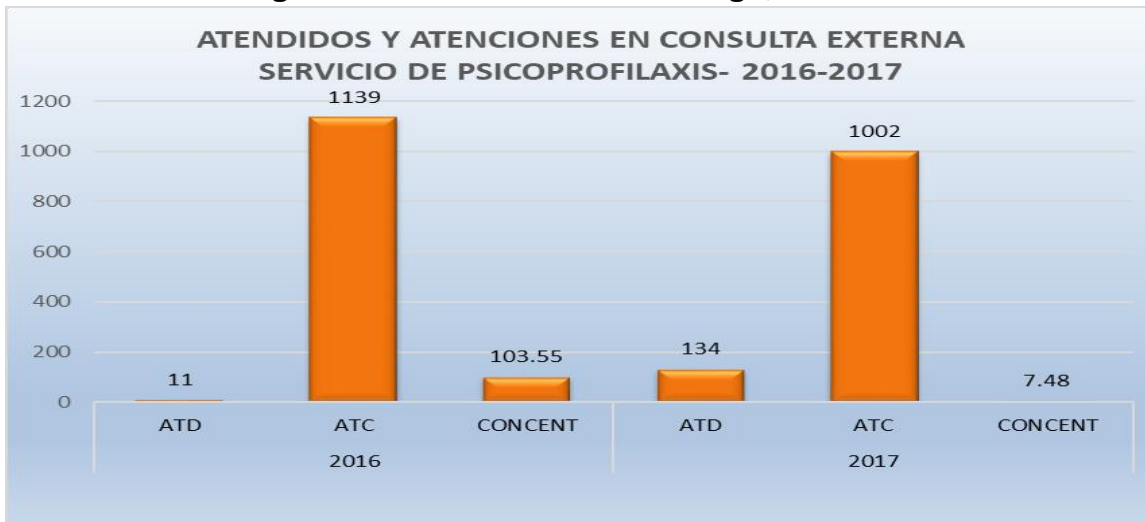
2
0
1
7



Fuente.: Estadística – HRGDV -2017
 Elaborado por la Unidad de Epidemiología

En la especialidad de Salud ocupacional para el año 2017 en consulta externa se tuvo la demanda de atenciones de 1157 atenciones.

Atendidos y Atenciones en PSICOPROFILAXIS - Consulta Externa, Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, 2016-2017



Fuente.: Estadística – HRGDV -2017
 Elaborado por la Unidad de Epidemiología

La demanda de atención en Psicoprofilaxis al año 2017 fue incrementando a 1002 atenciones.

Atendidos y Atenciones en la Especialidad de OTORRINOLARINGOLOGÍA - Consulta Externa, Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, 2016-2017



A
S
I
S

2
0
1
7

Fuente.: Estadística – HRGDV -2017
 Elaborado por la Unidad de Epidemiología

La especialidad de otorrinolaringología en consulta externa para el año 2017 se incrementa la demanda de atenciones a 943 porque se cuenta con un especialista.

DEPARTAMENTO DE MEDICINA GENERAL DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDAD
Atendidos y Atenciones por grupos de edad en Medicina- Consulta Externa, Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, 2017

GRUPO ETAREO	ATENDIDOS	Porcentaje	ATENCIONES	Porcentaje
0-28 días	0	0,0	0	0,0
< 1 años	0	0,0	0	0,0
1-4 años	0	0,0	0	0,0
5-9 años	0	0,0	0	0,0
10-19 años	38	6,3	181	6,4
20-64 años	443	73,8	1961	68,8
65 + años	119	19,8	707	24,8
TOTAL GENERAL	600	100,0	2849	100,0

Fuente.: Estadística – HRGDV -2017
 Elaborado por la Unidad de Epidemiología

Los Atendidos y Atenciones por grupos de edad- Medicina de consulta externa del Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, durante el año 2017; se cuenta con 01 consultorio físico, las atenciones registradas en el Sistema HIS fueron un total de 2849 atenciones siendo el de mayor predominio; la edad que más acudió fue de 20 a 64 años, con un total de 1961 con un (68.8%) atenciones, seguido de 65 a más años, con 707 casos con un (24.8%) y como tercera edad fue 10 a 19 con 181 casos con un porcentaje de (6.4%).

Atendidos y Atenciones por grupos de edad en Especialidad de Gastroenterología - Consulta Externa, Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, 2017

ATENDIDOS Y ATENCIONES POR GRUPO ETAREO EN EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA				
GRUPO ETAREO	ATENDIDOS	%	ATENCIONES	%
0-28 días	0	0.0	0	0.0
< 1 años	0	0.0	0	0.0
1-4 años	0	0.0	0	0.0
5-9 años	6	0.8	6	0.5
10-19 años	57	7.4	88	6.8
20-64 años	552	71.4	957	73.4
65 + años	158	20.4	252	19.3
TOTAL GENERAL	773	100.0	1303	100.0

Fuente.: Estadística – HRGDV -2017

Elaborado por la Unidad de Epidemiología

Los Atendidos y Atenciones por grupo de edad en Especialidad de Gastroenterología - Consulta Externa, Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, 2017; se cuenta con 01 consultorio físico y contamos con 1 médico especialista, las atenciones registradas en el Sistema HIS fueron un total de 1303 atenciones siendo el de mayor predominio de atenciones de 20 a 64 años seguido mayores de 65 años con 957 atenciones con un porcentaje de (73.4%), seguido de la edad de 10 a 19 años con 88 atenciones con (6.8%).

Atendidos y Atenciones por grupo de edad en Especialidad de Cardiología - Consulta Externa, Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, 2017

ATENDIDOS Y ATENCIONES POR GRUPO ETAREO EN EL SERVICIO DE CARDIOLOGIA				
GRUPO ETAREO	ATENDIDOS	%	ATENCIONES	%
0-28 días	16	1.1	21	0.8
< 1 años	16	1.1	27	1.1
1-4 años	29	2.0	54	2.2
5-9 años	27	1.9	27	1.1
10-19 años	116	8.0	131	5.3
20-64 años	865	59.5	1182	47.7
65 + años	384	26.4	1036	41.8
TOTAL GENERAL	1453	100	2478	100.0

Fuente: Estadística – HRGDV -2017

Elaborado por la Unidad de Epidemiología

Los Atendidos y Atenciones por grupo de edad en Especialidad de Cardiología - Consulta Externa, Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, 2017; se cuenta con 01 consultorio físico y un especialista, las atenciones registradas en el Sistema HIS fueron un total de 2478 atenciones; el grupo de edad con mayor número de atenciones fueron los de 20 a 64 años con 1182 atenciones con un (47.7%) seguido de los mayores de 65 años con (41.8%) y de 10 a 19 años con 131 atenciones con un (5.3%).

Atendidos y Atenciones por grupo de edad en Endocrinología - Consulta Externa, Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, 2017.

ATENDIDOS Y ATENCIONES POR GRUPO ETAREO EN EL SERVICIO DE ENDOCRINOLOGIA				
GRUPO ETAREO	ATENDIDOS	%	ATENCIONES	%
0-28 días	0	0,0	0	0,0
< 1 años	0	0,0	0	0,0
1-4 años	0	0,0	0	0,0
5-9 años	0	0,0	0	0,0
10-19 años	0	0,0	0	0,0
20-64 años	426	70,8	986	68,2
65 + años	176	29,2	459	31,8
TOTAL GENERAL	602	100	1445	100,0

Fuente.: Estadística – HRGDV -2017
 Elaborado por la Unidad de Epidemiología

Los Atendidos y Atenciones por grupo de edad en consultorio de Endocrinología en consulta externa del Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, durante el año 2017; se cuenta con 01 consultorio físico y un especialista, las atenciones registradas en el Sistema HIS fueron un total de 1445 atenciones; la demanda de mayor predominio fueron de 20 a 64 años con 986 atenciones con (68.2%) seguido de la edad de los adultos mayores con 459 atenciones con (31.8%)

Atendidos y Atenciones por grupos de edad y sexo en Especialidad de Medicina Interna - Consulta Externa, Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, 2017.

ATENDIDOS Y ATENCIONES POR GRUPO ETAREO EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA				
GRUPO ETAREO	ATENDIDOS	%	ATENCIONES	%
0-28 días	0	0,0	0	0,0
< 1 años	0	0,0	0	0,0
1-4 años	0	0,0	0	0,0
5-9 años	0	0,0	0	0,0
10-19 años	14	5,0	26	4,6
20-64 años	187	66,8	381	67,7
65 + años	79	28,2	156	27,7
TOTAL GENERAL	280	100	563	100,0

Fuente.: Estadística – HRGDV -2017
 Elaborado por la Unidad de Epidemiología

Los Atendidos y Atenciones por grupos de edad en Especialidad de Medicina Interna en consulta externa del Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, durante el año 2017; cuenta con 01 consultorio físico contamos con 4 especialistas, las atenciones registradas en el Sistema HIS fueron un total de 563 atenciones la edad que más concurrió fue de 20 a 64 años con 381 atenciones con 867.7%), seguido de los mayores de 65 años con 156 atenciones con (27.7%).

Atendidos y Atenciones por grupos de edad en Rehabilitación y Medicina Física - Consulta Externa, Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, 2017.

A
S
I
S

2
0
1
7

ATENDIDOS Y ATENCIONES POR GRUPO ETAREO EN EL SERVICIO DE REHABILITACION Y MEDICINA FISICA				
GRUPO ETAREO	ATENDIDOS	%	ATENCIONES	%
0-28 días	5	0.3	18	0.2
< 1 años	53	3.5	311	3.4
1-4 años	104	7.0	645	7.1
5-9 años	34	2.3	265	2.9
10-19 años	100	6.7	496	5.5
20-64 años	915	61.2	5684	63.0
65 + años	283	18.9	1608	17.8
TOTAL GENERAL	1494	100	9027	100.0

Fuente.: Estadística – HRGDV -2017
 Elaborado por la Unidad de Epidemiología

Los Atendidos y Atenciones en Rehabilitación y Medicina Física en consulta externa del Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, durante el año 2017; se cuenta con 01 consultorio físico; para este año se incrementaron enormemente las atenciones registradas en el Sistema HIS fueron un total de 9027 atenciones; la edad que más concurrió fue de 20 a 64 años con 5684 atenciones con (63.0%), seguido de los mayores de 65 años con 496 atenciones con (5.5%).

Atendidos y Atenciones por grupos de edad en Estrategia Sanitaria de Tuberculosis - Consulta Externa, Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, 2017.

ATENDIDOS Y ATENCIONES POR GRUPO ETAREO EN EL SERVICIO DE TUBERCULOSIS				
GRUPO ETAREO	ATENDIDOS	%	ATENCIONES	%
0-28 días	1	0.2	1	0.1
< 1 años	1	0.2	1	0.1
1-4 años	0	0.0	3	0.3
5-9 años	8	1.6	16	1.5
10-19 años	37	7.2	75	7.1
20-64 años	318	62.1	675	64.3
65 + años	147	28.7	279	26.6
TOTAL GENERAL	512	100	1050	100.0

Fuente.: Estadística – HRGDV -2017
 Elaborado por la Unidad de Epidemiología

Los Atendidos y Atenciones por grupos de edad y sexo en Estrategia Sanitaria de TBC en consulta externa del Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega,

durante el año 2017; cuenta con 01 consultorio físico, las atenciones registradas en el Sistema HIS fueron un total de 1050 atenciones de casos probables y confirmados siendo el de mayor predominio los mayores de 20 a 64 años con 675 atenciones con (64.3%) con afecciones respiratorias.

Atendidos y Atenciones por grupo de edad en Psicología - Consulta Externa, Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, 2017.

ATENDIDOS Y ATENCIONES POR GRUPO ETAREO EN EL SERVICIO DE PSICOLOGIA				
GRUPO ETAREO	ATENDIDOS	%	ATENCIONES	%
10-19 años	538	35,6	1039	41,4
20-64 años	887	58,7	1352	53,9
65 + años	87	5,8	118	4,7
TOTAL GENERAL	1512	100	2509	100,0

Fuente.: Estadística – HRGDV -2017
 Elaborado por la Unidad de Epidemiología

Los Atendidos y Atenciones por grupo de edad y sexo en Psicología - Consulta Externa, Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, 2017; cuenta con 01 consultorio físico, las atenciones registradas en el Sistema HIS fueron un total de 2509 atenciones se observa que los grupos de edad que más concurren son a partir de los 10 años a mayores de 65 años.

Atendidos y Atenciones por grupo de edad en PSIQUIATRÍA - Consulta Externa, Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, 2017.

ATENDIDOS Y ATENCIONES POR GRUPO ETAREO EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRIA				
GRUPO ETAREO	ATENDIDOS	%	ATENCIONES	%
0-28 días	0	0,0	0	0,0
< 1 años	0	0,0	0	0,0
1-4 años	0	0,0	0	0,0
5-9 años	0	0,0	0	0,0
10-19 años	72	18,6	144	19,6
20-64 años	242	62,5	491	66,7
65 + años	73	18,9	101	13,7
TOTAL GENERAL	387	100	736	100,0

Fuente.: Estadística – HRGDV -2017
 Elaborado por la Unidad de Epidemiología

Los Atendidos y Atenciones por grupo de edad y sexo en Psiquiatría - Consulta Externa, Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, 2017; cuenta con 01 consultorio físico, las atenciones registradas en el Sistema HIS fueron un total de 736 atenciones los grupos que acuden mayormente son a partir de los 10 a más años.

DEPARTAMENTO DE CIRUGIA Y TRAUMATOLOGIA DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDAD

**Atendidos y Atenciones por grupos de edad en Cirugía-Consulta Externa,
 Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, 2017**

ATENDIDOS Y ATENCIONES POR GRUPO ETAREO EN EL SERVICIO DE CIRUGIA				
GRUPO ETAREO	ATENDIDOS	%	ATENCIONES	%
0-28 días	0	0,0	0	0,0
< 1 años	0	0,0	0	0,0
1-4 años	65	7,4	104	5,1
5-9 años	34	3,9	57	2,8
10-19 años	70	8,0	125	6,1
20-64 años	525	60,0	1295	63,1
65 + años	181	20,7	472	23,0
TOTAL GENERAL	875	100	2053	100,0

Fuente.: Estadística – HRGDV -2017

Elaborado por la Unidad de Epidemiología

Los Atendidos y Atenciones por grupos de edad y sexo en Cirugía - Consulta Externa, Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, 2017; se atendieron 2053 y la edad que más acudió fue de 20 a 64 años con 1295 con (63.1%) seguido de los mayores de 65 a más años con 472 con (23.0%).

**Atendidos y Atenciones por grupo de edad en Especialidad de
 Traumatología- Consulta Externa, Hospital Regional Guillermo Díaz De La
 Vega, 2017**

ATENDIDOS Y ATENCIONES POR GRUPO ETAREO EN EL SERVICIO DE TRAUMATOLOGIA				
GRUPO ETAREO	ATENDIDOS	%	ATENCIONES	%
0-28 días	0	0.0	5	0.2
< 1 años	32	4.4	65	2.4
1-4 años	38	5.2	152	5.7
5-9 años	26	3.6	119	4.5
10-19 años	60	8.3	233	8.7
20-64 años	430	59.4	1600	60.0
65 + años	138	19.1	494	18.5
TOTAL GENERAL	724	100	2668	100.0

Fuente.: Estadística – HRGDV -2017

Elaborado por la Unidad de Epidemiología

Los Atendidos y Atenciones por grupo de edad y sexo en Especialidad de Traumatología - Consulta Externa, Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, 2017; se cuenta con 01 ambiente compartido con Cirugía consultorio físico, las atenciones registradas en el Sistema HIS fueron un total de 2668 atenciones la edad que más acudió fue de 20 a 64 años con 1600 con (60.0%) seguido de los mayores de 65 a más años con 494 con (18.0%).

**Atendidos y Atenciones por grupo de edad en la Especialidad de Urología -
 Consulta Externa, Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, 2017.**

ATENDIDOS Y ATENCIONES POR GRUPO ETAREO EN EL SERVICIO DE UROLOGIA				
GRUPO ETAREO	ATENDIDOS	%	ATENCIONES	%
0-28 días	0	0.0	2	0.1
< 1 años	6	1.2	7	0.5
1-4 años	21	4.1	46	3.4
5-9 años	14	2.7	31	2.3
10-19 años	19	3.7	45	3.3
20-64 años	317	61.2	771	56.6
65 + años	141	27.2	459	33.7
TOTAL GENERAL	518	100	1361	100.0

Fuente.: Estadística – HRGDV -2017

Elaborado por la Unidad de Epidemiología

Los Atendidos y Atenciones por grupo de edad y sexo en la Especialidad de Urología - Consulta Externa, Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, 2017; cuenta con 01 consultorio físico, las atenciones registradas en el Sistema HIS fueron un total de 1361 la edad que más acudió fue de 20 a 64 años con 771atenciones (56.6%); seguido de los mayores de 65 a más años con 459 con (33.7%).

DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA Y NEONATOLOGIA DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDAD

Atendidos y Atenciones por grupo de edad en Pediatría - Consulta Externa, Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, 2017

ATENDIDOS Y ATENCIONES POR GRUPO ETAREO EN EL SERVICIO DE PEDIATRIA				
GRUPO ETAREO	ATENDIDOS	%	ATENCIONES	%
0-28 días	77	11.6	118	8.6
< 1 años	162	24.5	340	24.9
1-4 años	200	30.3	466	34.1
5-9 años	111	16.8	223	16.3
10-19 años	91	13.8	186	13.6
20-64 años	20	3.0	32	2.3
65 + años	0	0.0	2	0.1
TOTAL GENERAL	661	100	1367	100.0

Fuente.: Estadística – HRGDV -2017

Elaborado por la Unidad de Epidemiología

Los Atendidos y Atenciones por grupo de edad y sexo Especialidad de Pediatría - Consulta Externa, Hospital Regional Guillermo Díaz de La Vega 2017; cuenta con 01 consultorio físico contamos con 3 especialistas, las atenciones registradas en el Sistema HIS fueron un total de 1367 atenciones los que concurren mayormente fueron del grupo de edad de 1 a 4 años con 466 atenciones.

Atendidos y Atenciones por grupos de edad en Estrategia Inmunización - Consulta Externa, Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, 2017.

ATENDIDOS Y ATENCIONES POR GRUPO ETAREO EN EL SERVICIO DE INMUNIZACIONES				
GRUPO ETAREO	ATENDIDOS	%	ATENCIONES	%
0-28 días	1484	67.1	1487	54.1
< 1 años	45	2.0	45	1.6
1-4 años	12	0.5	16	0.6
5-9 años	12	0.5	19	0.7
10-19 años	95	4.3	139	5.1
20-64 años	515	23.3	970	35.3
65 + años	48	2.2	73	2.7
TOTAL GENERAL	2211	100	2749	100.0

Fuente.: Estadística – HRGDV -2017
 Elaborado por la Unidad de Epidemiología

Atendidos y Atenciones por grupos de edad y sexo en Estrategia del niño e Inmunización en consulta externa del Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, durante el año 2017; cuenta con 01 consultorio físico, no contamos con población programada para vacunar por ser un Hospital Referencial, las atenciones registradas en el Sistema HIS fueron un total de 2749 atenciones los usuarios mayormente son los nacimientos en la institución y el personal de salud.

DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDAD

Atendidos y Atenciones por grupos de edad en Gineco-Obstetricia- Consulta Externa, Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, 2017.

ATENDIDOS Y ATENCIONES POR GRUPO ETAREO EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA				
GRUPO ETAREO	ATENDIDOS	%	ATENCIONES	%
0-28 días	0	0,0	0	0,0
< 1 años	0	0,0	0	0,0
1-4 años	0	0,0	0	0,0
5-9 años	29	0,7	45	0,5
10-19 años	493	11,8	920	10,1
20-64 años	3522	84,6	7913	86,6
65 + años	118	2,8	256	2,8
TOTAL GENERAL	4162	100	9134	100,0

Fuente.: Estadística – HRGDV -2017
 Elaborado por la Unidad de Epidemiología

La demanda de Atendidos y Atenciones en Ginecología en consulta externa del Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, durante el año 2017; cuenta con 01 consultorio físico, las atenciones registradas en el Sistema HIS fueron un total de 9134 atenciones, mayormente acudieron el grupo de edad de 20 a 64 años con 7913 atenciones, seguido de 10 a 19 años con 920 atenciones con (10.1%).

Atendidos y Atenciones por grupos de edad en Planificación Familiar - Consulta Externa, Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, 2017.

“Análisis de la Situación de Salud – Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega”
 Unidad de Epidemiología-OESASO

ATENDIDOS Y ATENCIONES POR GRUPO ETAREO EN EL SERVICIO DE PLANIFICACION FAMILIAR				
GRUPO ETAREO	ATENDIDOS	%	ATENCIONES	%
0-28 días	0	0.0	0	0.0
< 1 años	0	0.0	0	0.0
1-4 años	0	0.0	0	0.0
5-9 años	0	0.0	0	0.0
10-19 años	346	15.6	420	13.1
20-64 años	1864	84.0	2777	86.5
65 + años	9	0.4	14	0.4
TOTAL GENERAL	2219	100	3211	100.0

Fuente.: Estadística – HRGDV -2017
 Elaborado por la Unidad de Epidemiología

Atendidos y Atenciones en Planificación Familiar en consulta externa del Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, durante el año 2017; cuenta con 01 consultorio físico, las atenciones registradas en el Sistema HIS fueron un total de 3211 atenciones el grupo de edad que más acudió fue de 20 a 64 años con 2777 con (86.5%) atenciones.

A
S
I
S

2
0
1
7

Atendidos y Atenciones por grupo de edad en Odontología - Consulta Externa, Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, 2017.

ATENDIDOS Y ATENCIONES POR GRUPO ETAREO EN EL SERVICIO DE ODONTOLOGIA				
GRUPO ETAREO	ATENDIDOS	%	ATENCIONES	%
0-28 días	0	0.0	0	0.0
< 1 años	2	0.8	4	0.8
1-4 años	17	6.7	42	8.1
5-9 años	20	7.9	38	7.3
10-19 años	38	15.1	71	13.7
20-64 años	161	63.9	331	63.8
65 + años	14	5.6	33	6.4
TOTAL GENERAL	252	100	519	100.0

Fuente.: Estadística – HRGDV -2017
 Elaborado por la Unidad de Epidemiología

La demanda atendidos y Atenciones por grupo de edad en Odontología - Consulta Externa, Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, 2017; se cuenta con 02 consultorios físicos, las atenciones registradas en el Sistema HIS fueron total de 519 atenciones siendo el de mayor predominio de atenciones del grupo de edad de 20 a 64 con 331 atenciones con (63.8%).

10 Primeras Causas de Morbilidad en el servicio de COLPOSCOPIA Por Consulta Externa Según OPS – HRGDV 2017.

Morbilidad General por Consulta Externa - Servicio Colposcopia - 2017				
Cie-10	Morbilidad de Causas	Femenino	Total	%
57452	Colposcopia	200	200	26.3
Z0182	Inspección visual con ácido acético (ivaa)	187	187	24.6
N870	Displasia cervical leve / neoplasia intraepitelial cervical grado 1 (nic1)	76	76	10.0
N872	Displasia cervical severa/neoplasia intraepitelial cervical grado 3 (nic 3)	65	65	8.6
57511	Crioterapia	37	37	4.9
N72X	Enfermedad inflamatoria del cuello uterino	36	36	4.7
N952	Vaginitis atrofica postmenopáusica	24	24	3.2
N841	Pólipo del cuello del útero	6	6	0.8
C539	Tumor maligno del cuello del útero sin otra especificación	4	4	0.5
N700	Salpingitis y ooforitis aguda	2	2	0.3
	Demas causas	123	123	16.18
	Total General	760	760	100

Fuente: Estadística e Informática HRGDV 2017

Muestra las Principales Causas de Morbilidad en servicio de Colposcopia; la causa de morbilidad que demandó mayor número de atenciones fue por colposcopia con 200 casos con un porcentaje de (26.3%); seguido de Inspección visual con ácido acético con 187 casos que hace un porcentaje de (24.6%) y como tercera causa Displasia cervical leve/ neoplasia intraepitelial cervical grado 1 con 76 casos con un porcentaje de (10.0%).

10 Primeras Causas de Morbilidad en el servicio de Servicio de Medicina Ocupacional Por Consulta Externa Según OPS – HRGDV 2017.

Morbilidad General por Consulta Externa - Servicio de Medicina Ocupacional - 2017					
Cie-10	Morbilidad de Causas	Masculino	Femenino	Total	%
Z100	Examen de salud ocupacional	230	836	1066	39.4
Z013	Examen de la presión sanguínea	114	425	539	19.9
Z027	Extensión de certificado medico	117	382	499	18.5
99404	Consejería especial (vih/salud mental)	94	269	363	13.4
Z010	Examen de ojos y de la visión	17	45	62	2.3
F432	Trastornos de adaptación	1	31	32	1.2
90806	Psicoterapia individual	1	12	13	0.5
F430	Reacción a estrés agudo	3	10	13	0.5
Z006	Examen para comparación y control normales en programa de investigación clínica	6	7	13	0.5
Z637	Problemas relacionados con otros hechos estresantes que afectan a la familia y la casa	0	13	13	0.5
	Demas causas	33	57	90	3.3
	Total General	616	2087	2703	100

Fuente: Estadística e Informática HRGDV 2017

Muestra la atención del personal en servicio de Medicina Ocupacional; del total de 2703 atenciones, se tuvo el examen de salud ocupacional 1066 atenciones, extensión de certificado médico 499 casos, consejería especial (VIH/salud mental 363 casos, trastorno de la adaptación 32 casos, psicoterapia individual 13 casos, reacción a estrés 13 casos y otros con menor proporción.

Atendidos y Atenciones por grupo de edad en la Especialidad de Oftalmología - Consulta Externa, Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, 2017.

ATENDIDOS Y ATENCIONES POR GRUPO ETAREO EN EL SERVICIO DE OFTALMOLOGIA				
GRUPO ETAREO	ATENDIDOS	%	ATENCIONES	%
0-28 días	11	0.0	15	1.3
< 1 años	22	2.6	43	3.6
1-4 años	57	6.6	73	6.2
5-9 años	49	5.7	58	4.9
10-19 años	87	10.1	104	8.8
20-64 años	404	47.1	508	42.9
65 + años	228	26.6	382	32.3
TOTAL GENERAL	858	98.7179487	1183	100.0

Fuente.: Estadística – HRGDV -2017
 Elaborado por la Unidad de Epidemiología

Atendidos y Atenciones por grupo de edad en la Especialidad de Oftalmología - Consulta Externa, Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, 2017; cuenta con 02 consultorio físicos, las atenciones registradas en el Sistema HIS fueron un total de 1183 atenciones el grupo de edad con mayor frecuencia fue de 20 a 64 años con 508 atenciones con (42.9%) seguido de los mayores de 65 años con 382 atenciones con (32.3%).

Atendidos y Atenciones por grupos de edad en Neurología - Consulta Externa, Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, 2017.

ATENDIDOS Y ATENCIONES POR GRUPO ETAREO EN EL SERVICIO DE NEUROLOGIA				
GRUPO ETAREO	ATENDIDOS	%	ATENCIONES	%
0-28 días	0	0.0	0	0.0
< 1 años	8	1.2	10	0.5
1-4 años	22	3.3	56	3.0
5-9 años	34	5.2	83	4.5
10-19 años	73	11.1	189	10.2
20-64 años	396	60.1	1135	61.1
65 + años	126	19.1	385	20.7
TOTAL GENERAL	659	100	1858	100.0

Fuente.: Estadística – HRGDV -2017
 Elaborado por la Unidad de Epidemiología

Atendidos y Atenciones por grupos de edad y sexo en la Especialidad de Neurología en consulta externa del Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, durante el año 2017; cuenta con 01 consultorio físico y contamos con un especialista, las atenciones registradas en el Sistema HIS fueron un total de 1858 atenciones el grupo de edad con mayor frecuencia fue de 20 a 64 años con 1135 atenciones con (61.1%), seguido de los mayores de 65 años con 365 atenciones con (20.7%).

Atendidos y Atenciones por grupos de edad en Dermatología - Consulta Externa, Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, 2017.

ATENDIDOS Y ATENCIONES POR GRUPO ETAREO EN EL SERVICIO DE DERMATOLOGIA				
GRUPO ETAREO	ATENDIDOS	%	ATENCIONES	%
0-28 días	0	0.0	0	0.0
< 1 años	3	2.3	3	2.0
1-4 años	8	6.0	10	6.7
5-9 años	4	3.0	4	2.7
10-19 años	24	18.0	27	18.0
20-64 años	86	64.7	95	63.3
65 + años	8	6.0	11	7.3
TOTAL GENERAL	133	100	150	100.0

Fuente.: Estadística – HRGDV -2017
 Elaborado por la Unidad de Epidemiología

Atendidos y Atenciones por grupos de edad en la Especialidad de Dermatología en consulta externa del Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, durante el año 2017; cuenta con 01 consultorio físico y contamos con un especialista, las atenciones registradas en el Sistema HIS fueron un total de 150 con predominio. El grupo de edad que más acudió fue de 20 a 64 años con 95 atenciones con 63.3%).

Atendidos y Atenciones por grupos de edad en COLPOSCOPIA - Consulta Externa, Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, 2017.

ATENDIDOS Y ATENCIONES POR GRUPO ETAREO EN EL SERVICIO DE COLPOSCOPIA				
GRUPO ETAREO	ATENDIDOS	%	ATENCIONES	%
0-28 días	0	0.0	0	0.0
< 1 años	0	0.0	0	0.0
1-4 años	0	0.0	1	0.4
5-9 años	0	0.0	0	0.0
10-19 años	2	2.0	4	1.6
20-64 años	96	98.0	245	97.2
65 + años	0	0.0	2	0.8
TOTAL GENERAL	98	100	252	100.0

Fuente.: Estadística – HRGDV -2017
 Elaborado por la Unidad de Epidemiología

Atendidos y Atenciones por grupos de edad y sexo en la Especialidad de Colposcopia en consulta externa del Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, durante el año 2017; cuenta con 01 consultorio físico y contamos con un especialista, las atenciones registradas en el Sistema HIS fueron un total de 252. El grupo de edad que más acudió fue de 20 a 64 años con 245 atenciones con (97.2%).

Atendidos y Atenciones por grupos de edad en ENFERMERIA - Consulta Externa, Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, 2017.

ATENDIDOS Y ATENCIONES POR GRUPO ETAREO EN EL SERVICIO DE ENFERMERIA				
GRUPO ETAREO	ATENDIDOS	%	ATENCIONES	%
0-28 días	124	5.1	130	2.4
< 1 años	5	0.2	14	0.3
1-4 años	24	1.0	52	1.0
5-9 años	33	1.3	118	2.2
10-19 años	208	8.5	414	7.7
20-64 años	1585	64.7	3470	64.6
65 + años	471	19.2	1176	21.9
TOTAL GENERAL	2450	100	5374	100.0

Fuente.: Estadística – HRGDV -2017
 Elaborado por la Unidad de Epidemiología

Atendidos y Atenciones por grupos de edad y sexo en la Especialidad de Colposcopia en consulta externa del Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, durante el año 2017; cuenta con 01 consultorio físico y contamos con un especialista, las atenciones registradas en el Sistema HIS fueron un total de 5374 atenciones. El grupo de edad que más acudió fue de 20 a 64 con 3470 atenciones con 3470 con (64.6%) seguido de los mayores de 65 a más años con 1176 atenciones con (21.9%).

Atendidos y Atenciones por grupos de edad en PSICOPROFILAXIS - Consulta Externa, Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, 2017.

ATENDIDOS Y ATENCIONES POR GRUPO ETAREO EN EL SERVICIO DE PSICOPROFILAXIS				
GRUPO ETAREO	ATENDIDOS	%	ATENCIONES	%
0-28 días	0	0.0	0	0.0
< 1 años	0	0.0	0	0.0
1-4 años	0	0.0	0	0.0
5-9 años	0	0.0	0	0.0
10-19 años	21	15.7	182	18.2
20-64 años	113	84.3	820	81.8
65 + años	0	0.0	0	0.0
TOTAL GENERAL	134	100	1002	100.0

Fuente.: Estadística – HRGDV -2017
 Elaborado por la Unidad de Epidemiología

Atendidos y Atenciones por grupos de edad y sexo en la Especialidad de Colposcopia en consulta externa del Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, durante el año 2017; cuenta con 01 consultorio físico; las atenciones registradas en el Sistema HIS fueron un total de 1002. El grupo de edad que más acudió fue de 20 a 64 años con 820 atenciones con (81.8%).

**Atendidos y Atenciones por grupos de edad en UNIDAD DE MEDICINA
 OCUPACIONAL - Consulta Externa, Hospital
 Regional Guillermo Díaz De La Vega, 2017.**

ATENDIDOS Y ATENCIONES POR GRUPO ETAREO EN LA UNIDAD DE MEDICINA OCUPACIONAL				
GRUPO ETAREO	ATENDIDOS	%	ATENCIONES	%
0-28 días	0	0,0	0	0,0
< 1 años	0	0,0	0	0,0
1-4 años	0	0,0	0	0,0
5-9 años	0	0,0	0	0,0
10-19 años	0	0,0	0	0,0
20-64 años	528	98,3	1132	99,0
65 + años	9	1,7	11	1,0
TOTAL GENERAL	537	100	1143	100,0

Fuente.: Estadística – HRGDV -2017
 Elaborado por la Unidad de Epidemiología

Atendidos y Atenciones por grupos de edad y sexo en la Especialidad de Colposcopia en consulta externa del Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, durante el año 2017; cuenta con 01 consultorio físico; las atenciones registradas en el Sistema HIS fueron un total de 1143. El grupo de edad que más acudió fue de 20 a 64 años con 1132 atenciones con (99.0%).

**Atendidos y Atenciones por grupos de edad en NEUMOLOGIA - Consulta
 Externa, Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, 2017.**

ATENDIDOS Y ATENCIONES POR GRUPO ETAREO EN EL SERVICIO DE NEUMOLOGIA				
GRUPO ETAREO	ATENDIDOS	%	ATENCIONES	%
0-28 días	0	0.0	1	0.3
< 1 años	1	0.4	1	0.3
1-4 años	6	2.4	8	2.0
5-9 años	7	2.8	8	2.0
10-19 años	24	9.5	34	8.7
20-64 años	129	51.0	209	53.2
65 + años	86	34.0	132	33.6
TOTAL GENERAL	253	100	393	100.0

Fuente.: Estadística – HRGDV -2017
 Elaborado por la Unidad de Epidemiología

Atendidos y Atenciones por grupos de edad y sexo en la Especialidad de Colposcopia en consulta externa del Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, durante el año 2017; cuenta con 01 consultorio físico; las atenciones registradas en el Sistema HIS fueron un total de 393. El grupo de edad que más acudió fue de 20 a 64 años con 209 atenciones con (53.2%).

**Atendidos y Atenciones por grupos de edad en OTORRINOLARINGOLOGIA
 - Consulta Externa, Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, 2017.**

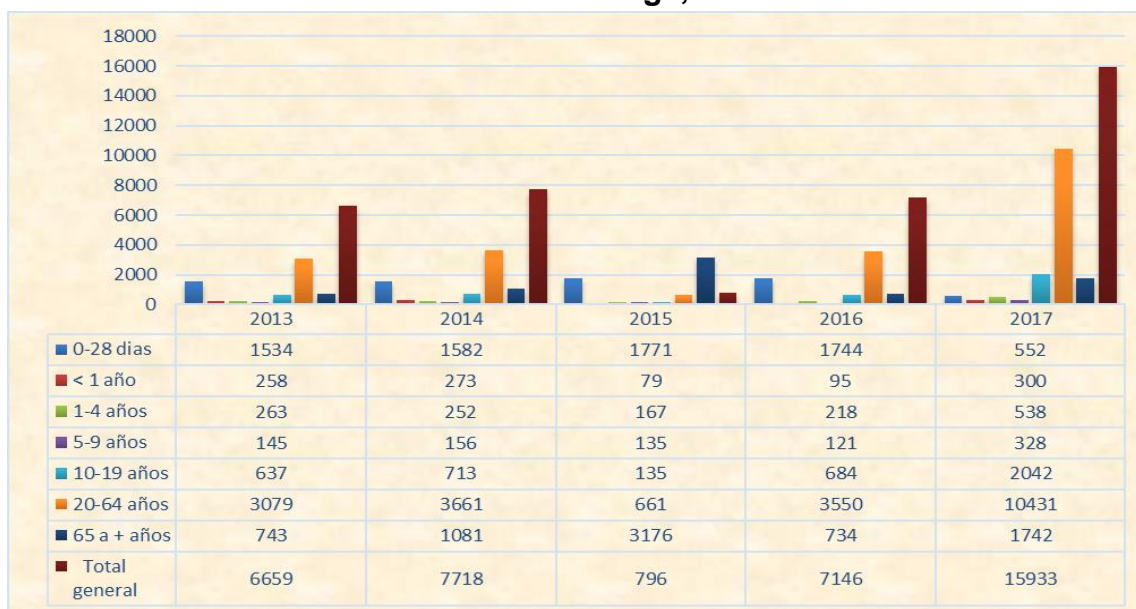
ATENDIDOS Y ATENCIONES POR GRUPO ETAREO EN EL SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGIA				
GRUPO ETAREO	ATENDIDOS	%	ATENCIONES	%
0-28 días	1	0.1	1	0.1
< 1 años	7	1.0	7	0.7
1-4 años	51	7.2	66	7.0
5-9 años	56	7.9	73	7.7
10-19 años	90	12.7	117	12.4
20-64 años	398	56.1	544	57.7
65 + años	106	15.0	135	14.3
TOTAL GENERAL	709	100	943	100.0

Fuente.: Estadística – HRGDV -2017
 Elaborado por la Unidad de Epidemiología

Atendidos y Atenciones por grupos de edad y sexo en la Especialidad de Colposcopia en consulta externa del Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, durante el año 2017; cuenta con 01 consultorio físico; las atenciones registradas en el Sistema HIS fueron un total de 943. El grupo de edad que más acudió fue de 20 a 64 años con 544 atenciones con (57.7%).

EGRESOS HOSPITALARIOS EN GENERAL Y POR SERVICIOS.

**Egresos Hospitalarios en General por grupos de edad, Hospital Regional
 Guillermo Díaz De La Vega, 2013 al 2017**



Fuente.: Estadística – HRGDV -2017
 Elaborado por la Unidad de Epidemiología

Los egresos Hospitalarios del año 2013 al 2017; la tendencia de egresos hospitalarios a comparación con los años anteriores incrementa de 7146 egresos a 15933 egresos en general procedentes de todos los servicios asistenciales.

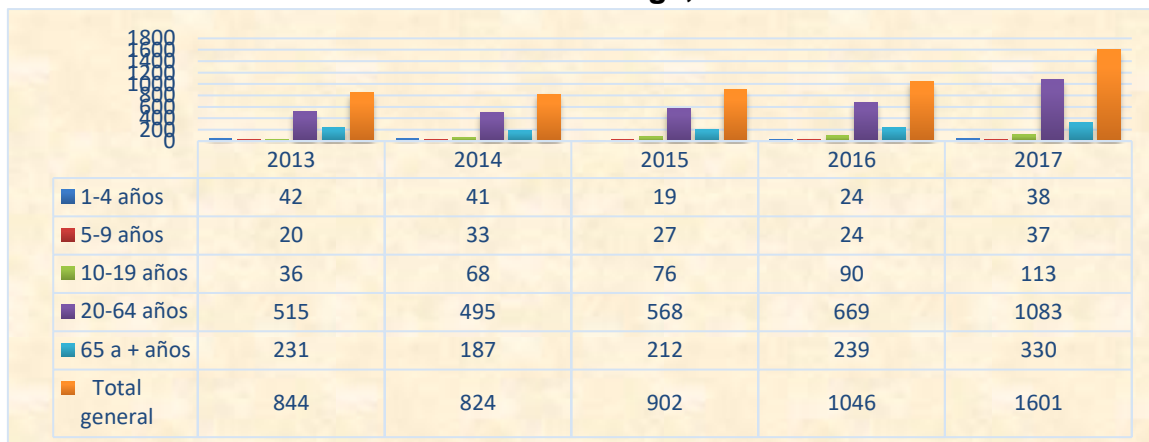
Egresos Hospitalarios de Medicina General por grupos de edad, Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, del año 2013 al 2017.



Fuente.: Estadística – HRGDV -2017
 Elaborado por la Unidad de Epidemiología

Los egresos Hospitalarios por grupos de edad y sexo en Medicina General del Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, del año 2013 al 2017; en el servicio de medicina se hospitalizan a partir de la edad de 16 años a más años de edad teniendo una cifra al año 2017 de 3189 egresos, el año 2015 se tuvo 800 y para el año 2014 se tuvieron 909 atenciones. El servicio de medicina cuenta con 10 ambientes con 33 camas, el promedio en el año nos muestra el 70% de camas ocupadas. El personal de salud está distribuido en un rol programado con atención al cuidado del paciente las 24 horas. Cuenta con médicos especialistas en endocrinología, medicina Interna, Cardiología, Gastroenterología, Neurólogo, Psiquiatra, médicos Residentes e internos de medicina. El personal de enfermería cuenta con su especialidad en salud mental el 80% e internas de enfermería y otras especialidades, así mismo con técnicos en enfermería.

Egresos Hospitalarios por grupos de edad en Cirugía, Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, 2013 al 2017



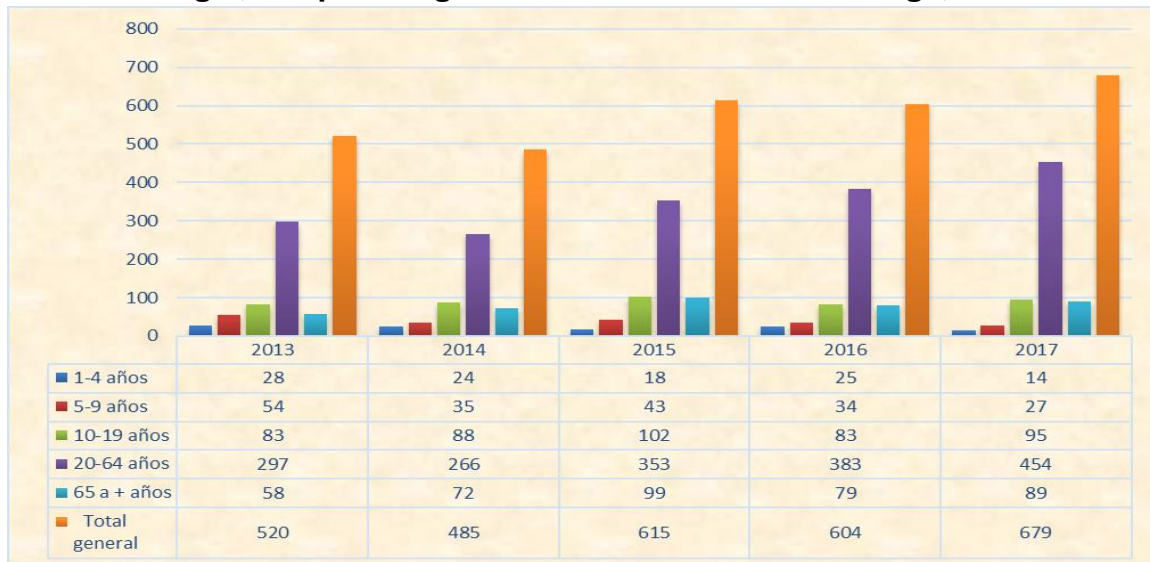
Fuente.: Estadística – HRGDV -2017
 Elaborado por la Unidad de Epidemiología

ANÁLISIS 2017

Egresos Hospitalarios por grupos de edad en Cirugía, Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, del año 2013 al 2017; al año 2016 se tuvo 1046 egresos; para el año 2015 se tuvieron 902 egresos y para el año 2014 se tuvieron 824 egresos y para el año 2017 se tuvieron 1601 egresos. El servicio de Cirugía cuenta con 9 ambientes y 27camas.

El personal de salud está distribuido dentro de las 24 horas de trabajo programado en un rol de atenciones, Cuenta con personal médico especialistas en Cirugía, Urología, Cirugía Laparoscópica, médicos residentes en cirugía e internos de medicina, El personal de enfermería cuenta con su especialidad en cirugía 90% y otras especialidades. El personal de técnicos en enfermería.

Egresos Hospitalarios por grupos de edad en Especialidad de Traumatología, Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, 2013 al 2017

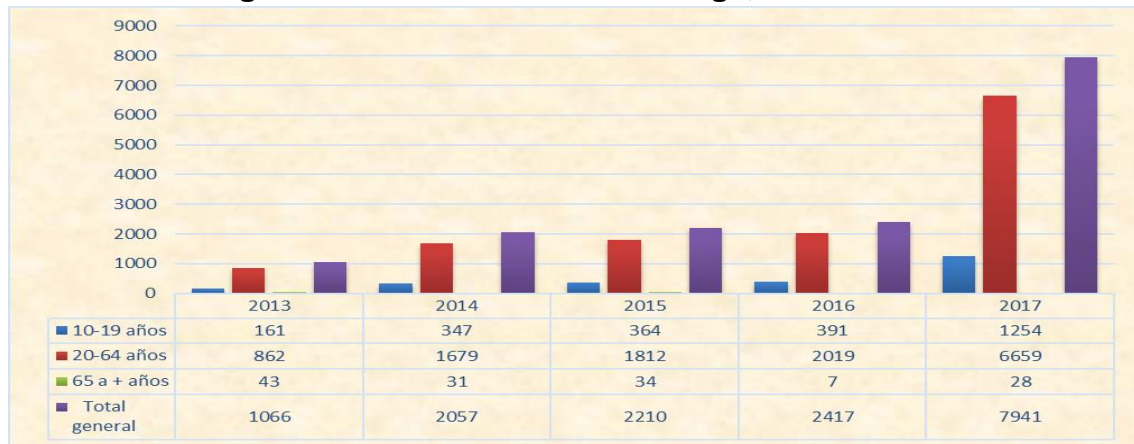


Fuente.: Estadística – HRGDV -2017
 Elaborado por la Unidad de Epidemiología

Egresos Hospitalarios por grupos de edad en Traumatología, Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, del año 2013 al 2017; al año 2017 se tuvo 679 egresos, al año 2016 se tuvo 604 egresos; para el año 2015 se tuvieron 615 egresos y para el año 2014 se tuvieron 485 egresos. El servicio de Traumatología cuenta con 10 ambientes y 27 camas.

El personal de salud está distribuido dentro de las 24 horas de trabajo programado en un rol de atenciones, Cuenta con personal médico especialistas en Traumatología, médicos residentes en Traumatología e internos de medicina, El personal de enfermería cuenta con su especialidad en cirugía 20% y otras especialidades. El personal de técnicos en enfermería.

Egresos Hospitalarios por grupos de edad en Ginecología, Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, 2013 al 2017

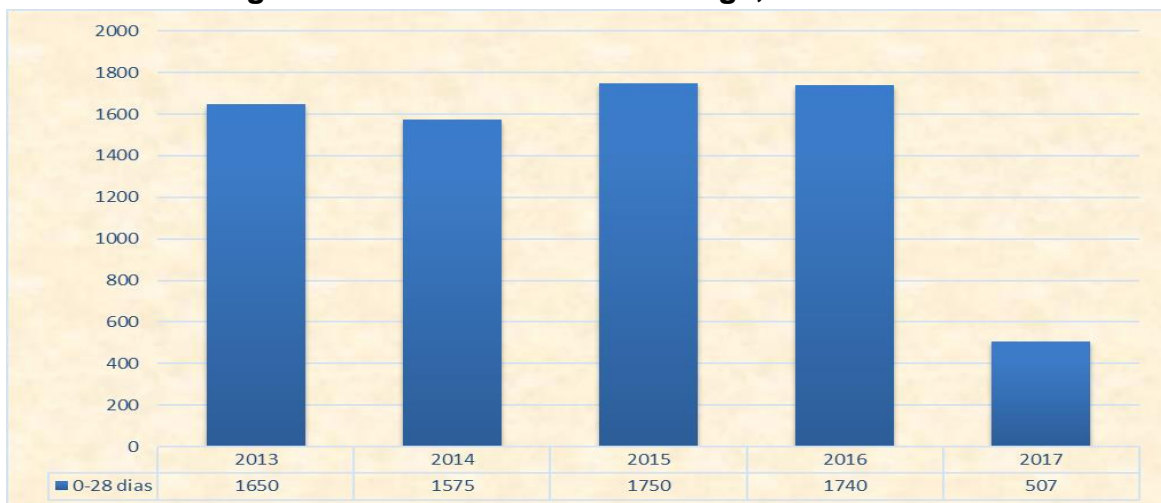


Fuente.: Estadística – HRGDV -2017
 Elaborado por la Unidad de Epidemiología

Egresos Hospitalarios por grupos de edad y sexo en Ginecología, Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, del año 2013 al 2017; al año 2017 se tuvo 7941 egresos, al año 2016 se tuvo 2417 egresos; para el año 2015 se tuvieron 2210 egresos y para el año 2014 se tuvieron 2057 egresos. El servicio de Ginecología cuenta con 6 ambientes y 24 camas.

El personal de salud está distribuido dentro de las 24 horas de trabajo programado en un rol de atenciones, Cuenta con personal médico especialistas en Ginecología, médicos residentes en Ginecología e internos de medicina, El personal de enfermería cuenta con su especialidad en Ginecología 50% y otras especialidades. El personal de técnicos en enfermería.

Egresos Hospitalarios por grupos de edad en Neonatología, Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, 2013 al 2017



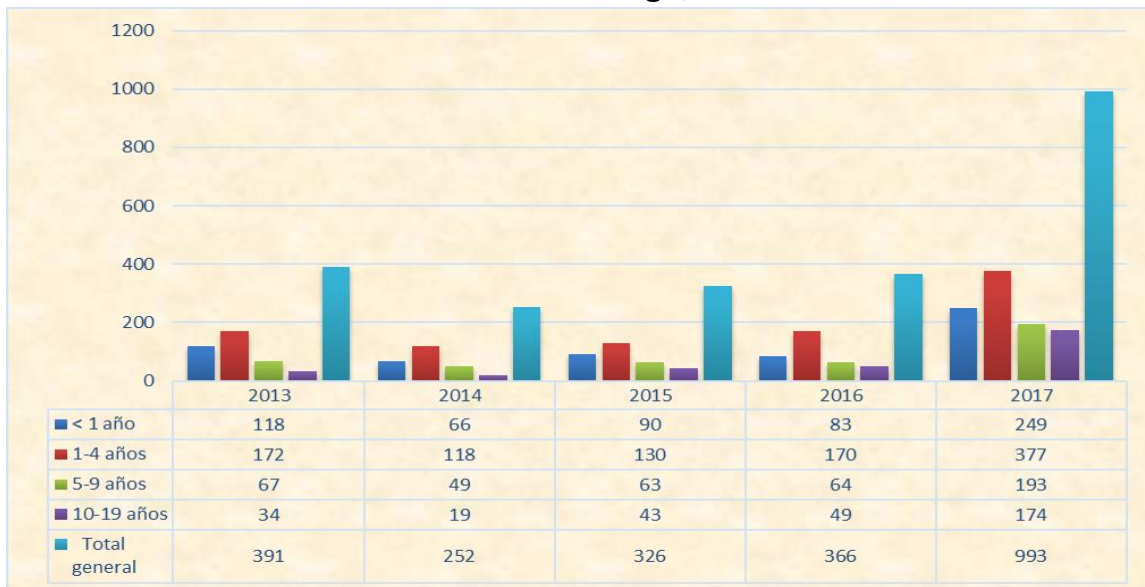
Fuente.: Estadística – HRGDV -2017
 Elaborado por la Unidad de Epidemiología.

ANÁLISIS 2017

Egresos Hospitalarios por grupos de edad Neonatología en, Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, del año 2013 al 2017; al año 2017 se tuvieron 504 egresos, al año 2016 se tuvo 1740 egresos; para el año 2015 se tuvieron 1750 egresos y para el año 2014 se tuvieron 1650 egresos. El servicio de Neonatología está integrado por UCI Neonatal, Intermedios y Alojamiento conjunto cuenta con 3 ambientes y 12 cunas y 5 incubadoras.

El personal de salud está distribuido dentro de las 24 horas de trabajo programado en un rol de atenciones, Cuenta con personal médico especialistas en Neonatología, No tenemos médicos residentes si contamos con internos de medicina, El personal de enfermería cuenta con su especialidad en Neonatología 80% y otras especialidades. El personal de técnicos en enfermería.

Egresos Hospitalarios por grupos de edad en Pediatría, Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, 2013 al 2017



Fuente.: Estadística – HRGDV -2017
 Elaborado por la Unidad de Epidemiología

Egresos Hospitalarios por grupos de edad en Pediatría, Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, del año 2013 al 2017; al año 2017 se tuvieron 993 egresos, al año 2016 se tuvo 366 egresos; para el año 2015 se tuvieron 326 egresos y para el año 2014 se tuvieron 252 egresos. El servicio de Pediatría cuenta con 6 ambientes y 15 camas.

El personal de salud está distribuido dentro de las 24 horas de trabajo programado en un rol de atenciones, Cuenta con personal médico especialistas en Neonatología, no tenemos médicos residentes en Neonatología si tenemos internos de medicina, El personal de enfermería cuenta con su especialidad en Neonatología 60% y otras especialidades. El personal de técnicos en enfermería.

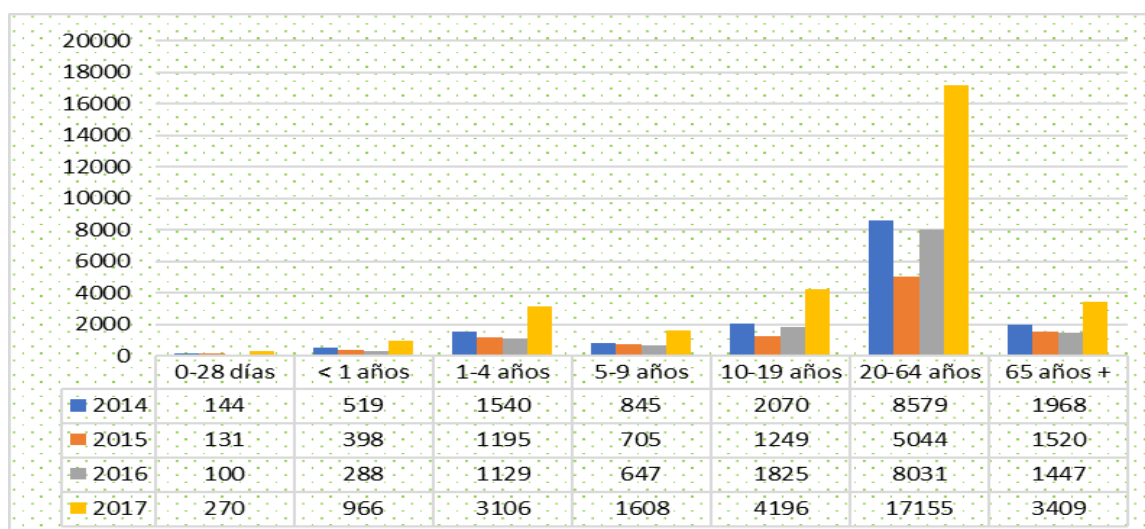
NUMERO DE ATENCIONES EN EMERGENCIA GENERAL

Número de atenciones por grupos de edad en Emergencia - General, Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, del año 2014 al 2017.

Número de Atenciones en Emergencia General								
Grupo Etareo	2014		2015		2016		2017	
	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
0-28 días	144	0.92	131	1.28	100	0.74	270	0.88
< 1 años	519	3.31	398	3.89	288	2.14	966	3.15
1-4 años	1540	9.83	1195	11.67	1129	8.38	3106	10.11
5-9 años	845	5.39	705	6.88	647	4.80	1608	5.24
10-19 años	2070	13.21	1249	12.19	1825	13.55	4196	13.66
20-64 años	8579	54.77	5044	49.25	8031	59.63	17155	55.86
65 años +	1968	12.56	1520	14.84	1447	10.74	3409	11.10
Total General.	15665	100.00	10242	100.00	13467	100.00	30710	100.00

Fuente.: Estadística – HRGDV -2017
 Elaborado por la Unidad de Epidemiología

Gráfico de atenciones por grupos de edad en Emergencia - General, Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, del año 2014 al 2017.



Fuente.: Estadística – HRGDV -2017
 Elaborado por la Unidad de Epidemiología

El servicio de Emergencia General cuenta con 3 salas de observación; un ambiente para mujeres y otro para varones cada una consta de 6 camas y un ambiente de pediatría que cuenta con 6 camas y diferentes tópicos de Medicina, Pediatría, Cirugía, Traumatología; así mismo cuenta con la unidad de trauma shock que consta de dos ambientes y Emergencia Gineco-Obstétrica que consta de un (Tópico de Emergencia Gineco-Obstétrica y una sala de observación). Las Atenciones en Emergencia General del Hospital Regional Guillermo Díaz de La Vega, del año 2014 al 2017; la demanda de atención del año 2014 fue un total de 15665; para el año 2015 un total de 10242; la edad que más acudió fue de 20 a 64 años en los tres años y para el año 2016 se tuvieron 13467 atenciones al año

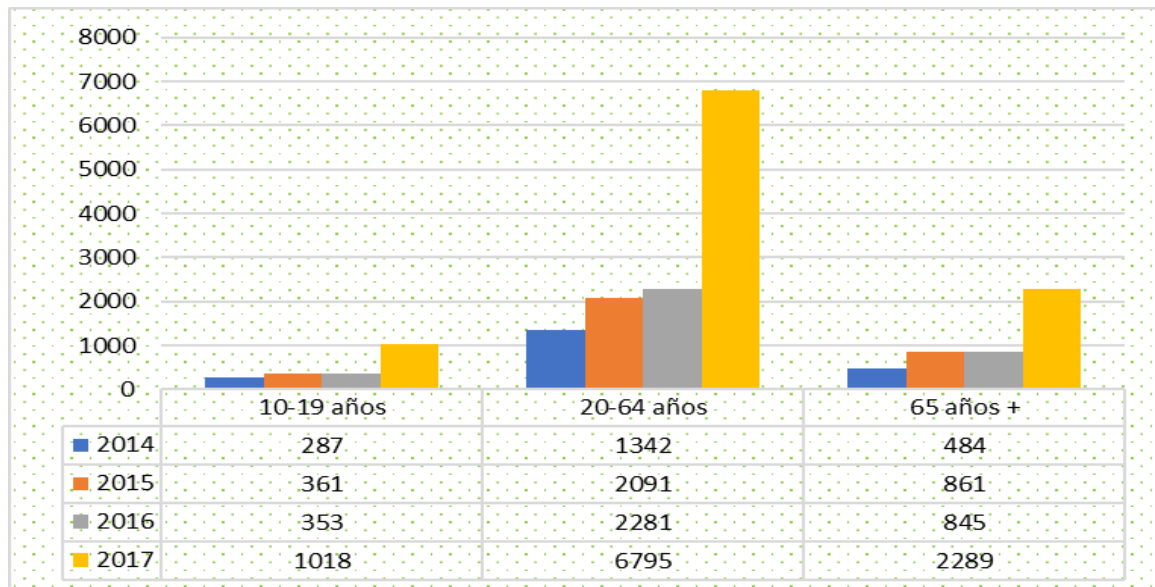
2017 la demanda de atención se incrementa a 30710 y el grupo de edad que más acudió fue de 20 a 64 años con 17155.

Número de atenciones por grupos de edad de Emergencia en Medicina, Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, del año 2014 al 2017.

Número de Atenciones en Emergencia de Medicina								
Grupo Etareo	2014		2015		2016		2017	
	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
10-19 años	287	13.58	361	10.90	353	10.15	1018	10.08
20-64 años	1342	63.51	2091	63.12	2281	65.56	6795	67.26
65 años +	484	22.91	861	25.99	845	24.29	2289	22.66
Total General.	2113	100.00	3313	100.00	3479	100.00	10102	100.00

Fuente.: Estadística – HRGDV -2017
 Elaborado por la Unidad de Epidemiología

Número de atenciones por grupos de edad de Emergencia en Medicina, Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, del año 2014 al 2017.



Fuente.: Estadística – HRGDV -2017
 Elaborado por la Unidad de Epidemiología

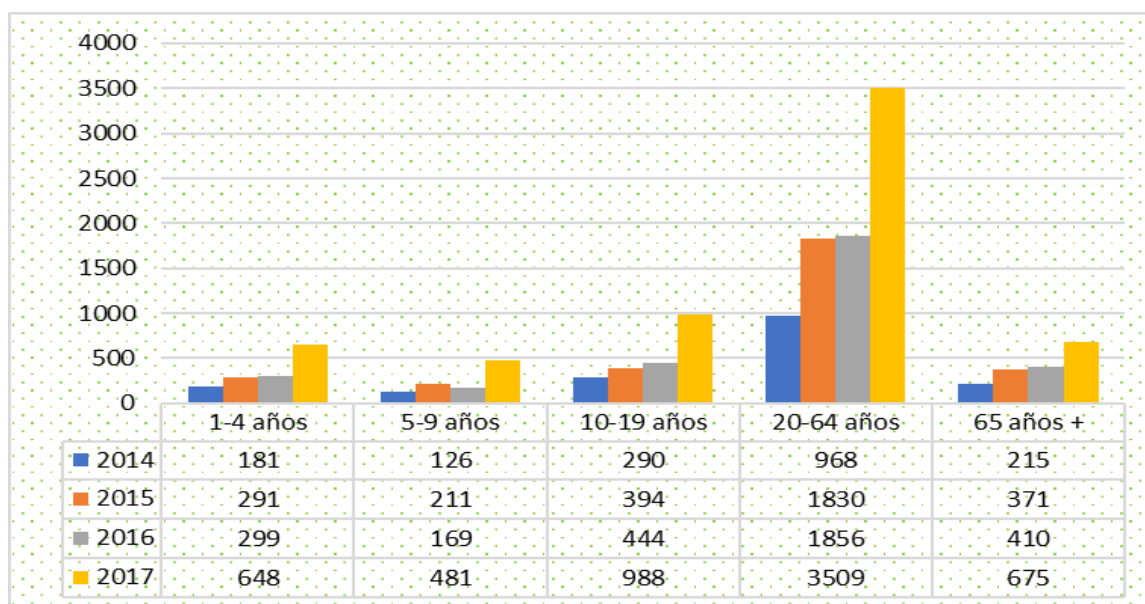
El tópico de Medicina en Emergencia cuenta con 01 ambiente físico, una camilla fija y un escritorio. Las Atenciones, del año 2014 al 2017; las atenciones por Emergencia del año 2014 fueron un total de 2013 atenciones, para el año 2014 la demanda de atenciones se incrementó a 3313 casos y para el año 2016 disminuye a 2190 atenciones y para el año 2017 se incrementa a la cifra de 10102 atenciones y el grupo de edad que más acude es el de 20 a 64 años..

**Número de atenciones por grupos de edad en Emergencia - Cirugía,
 Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, del año 2014 al 2017.**

Número de Atenciones en Emergencia de Cirugía								
Grupo Etareo	2014		2015		2016		2017	
	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
1-4 años	181	10.17	291	9.40	299	9.41	648	10.28
5-9 años	126	7.08	211	6.81	169	5.32	481	7.63
10-19 años	290	16.29	394	12.72	444	13.97	988	15.68
20-64 años	968	54.38	1830	59.09	1856	58.40	3509	55.69
65 años +	215	12.08	371	11.98	410	12.90	675	10.71
Total General.	1780	100.00	3097	100.00	3178	100.00	6301	100.00

Fuente.: Estadística – HRGDV -2017
 Elaborado por la Unidad de Epidemiología

**Número de atenciones por grupos de edad de Emergencia en Cirugía,
 Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, del año 2014 al 2017**



Fuente.: Estadística – HRGDV -2017
 Elaborado por la Unidad de Epidemiología

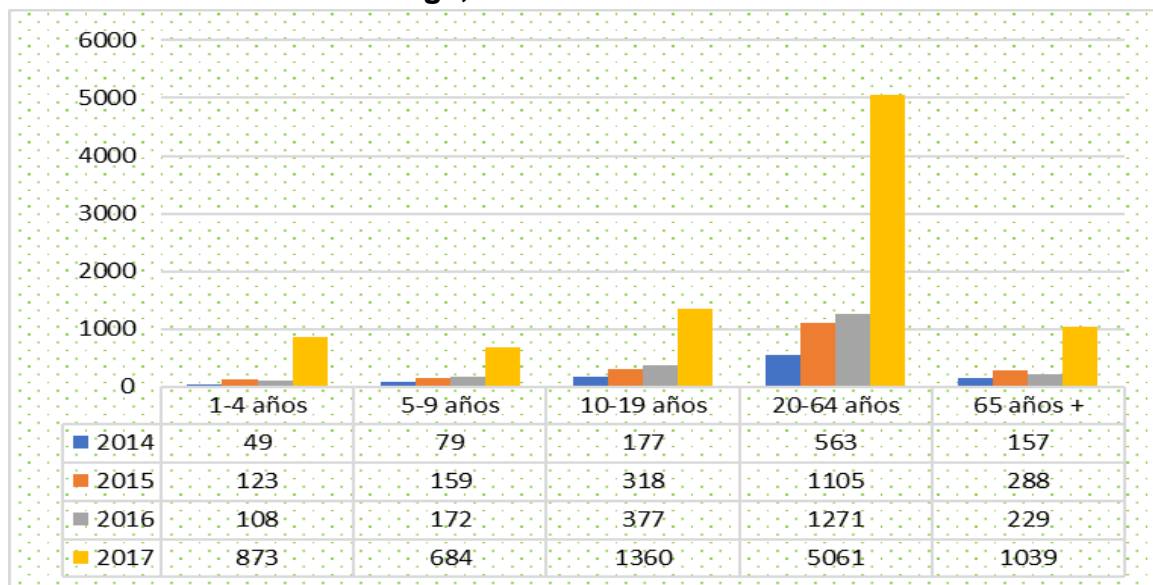
Las Atenciones de Emergencia en Cirugía del Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, del año 2014 al 2017; se cuenta con 01 ambiente físico; la demanda de atención del año 2014 fue de 1780 atenciones; la atención por emergencia del año 2015 se incrementa de 3097 atenciones y para el año 2016 disminuye a 996 atenciones y al año 2017 la demanda incrementa a 6301 atenciones.

Número de atenciones por grupos de edad y sexo de Emergencia en la Especialidad de Traumatología, Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, del año 2014 al 2017

Número de Atenciones en Emergencia de Traumatología								
Grupo Etareo	2014		2015		2016		2017	
	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
1-4 años	49	4.78	123	6.17	108	5.01	873	9.68
5-9 años	79	7.71	159	7.98	172	7.97	684	7.59
10-19 años	177	17.27	318	15.96	377	17.48	1360	15.08
20-64 años	563	54.93	1105	55.44	1271	58.92	5061	56.13
65 años +	157	15.32	288	14.45	229	10.62	1039	11.52
Total General.	1025	100.00	1993	100.00	2157	100.00	9017	100.00

Fuente.: Estadística – HRGDV -2017
 Elaborado por la Unidad de Epidemiología

Número de atenciones por grupos de edad de Emergencia en la Especialidad de Traumatología, Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, del año 2014 al 2017



Fuente.: Estadística – HRGDV -2017
 Elaborado por la Unidad de Epidemiología

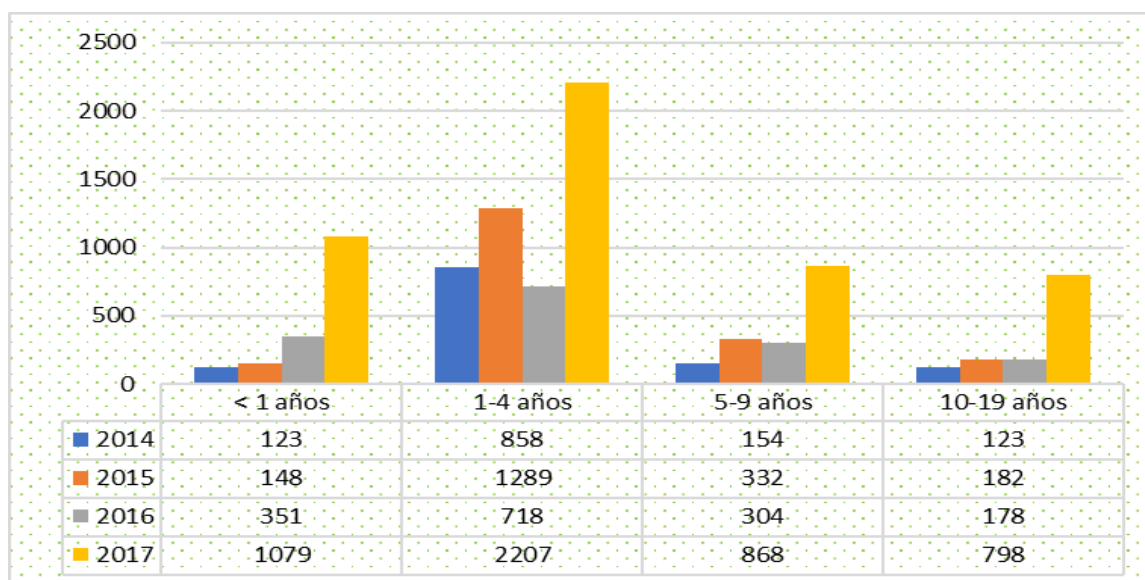
Las atenciones en Emergencia Traumatología del Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, del año 2014 al 2017; Traumatología en Emergencia cuenta con 01 ambiente físico; la demanda de atención del año 2014 fue de 1025 atenciones; la atención por emergencia del año 2015 fue de 1993 atenciones, para el año 2016 disminuye a 674 atenciones y para el año 2017 la demanda de atención se incrementa a 9017 atenciones.

**Número de atenciones por grupos de edad en Emergencia - Pediatría,
 Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, del año 2014 al 2017**

Número de Atenciones en Emergencia de Pediatría General								
Grupo Etareo	2014		2015		2016		2017	
	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
< 1 años	123	9.78	148	7.59	351	22.63	1079	21.79
1-4 años	858	68.20	1289	66.07	718	46.29	2207	44.57
5-9 años	154	12.24	332	17.02	304	19.60	868	17.53
10-19 años	123	9.78	182	9.33	178	11.48	798	16.11
Total General.	1258	100.00	1951	100.00	1551	100.00	4952	100.00

Fuente.: Estadística – HRGDV -2017
 Elaborado por la Unidad de Epidemiología.

**Número de atenciones por grupos de edad en Emergencia - Pediatría,
 Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, del año 2014 al 2017**



Fuente.: Estadística – HRGDV -2017
 Elaborado por la Unidad de Epidemiología

Las atenciones en Emergencia Pediatría del Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, del año 2014 al 2017; Pediatría en Emergencia cuenta con 01 ambiente físico que es el tópico y una sala de observación, la demanda de atención del año 2014 fue de 1135 atenciones, la atención el año 2015 fue de 1803 atenciones, el 2016 fueron de 634 atenciones y para el año 2017 incrementa a 4952 atenciones.

A
S
I
S

2
0
1
7

CAPITULO IV

4.1. MORBIMORTALIDAD HOSPITALARIA

Listado de Necesidades de Análisis. -

Este listado se refiere a como se organizará la información de morbilidad y mortalidad. Para ello es importante considerar algunos aspectos previos. La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE).

Los datos de morbilidad son un aspecto que requiere un mejor desarrollo. Las estadísticas oficiales informan de las enfermedades por grupos (respiratorias, de la piel, neurológicas, etc.) ⁽²⁾, sin dar datos de diagnósticos más detallados, por enfermedades, haciendo que muchas veces se defina la prevalencia de las enfermedades en relación a muestreos pequeños y/o de lugares (hospitales o áreas de salud calculan la prevalencia de ciertas enfermedades) que no reflejan a todo el país. El desarrollo de estudios nacionales orientados a calcular la morbilidad es una tarea pendiente. Desde hace más de 20 años se ha implementado el llenado de diagnósticos según sistema de información de salud (HIS). El HIS, que tiene como característica de la atención médica la posibilidad de incluir hasta tres diagnósticos, es una herramienta que si bien puede ser inadecuada para estudios clínicos precisos, si es monitoreada y seguida en su uso, puede ser útil para el estudio de prevalencia e incidencia de enfermedades ⁽³⁾. Los estudios nacionales de morbilidad en establecimientos del MINSA y Gobiernos Regionales describen que las patologías más frecuentes son las infecciones respiratorias superiores (16% de los diagnósticos de consulta externa), seguida por patología bucal (15%), Infecciones intestinales (3,4%), patología gástrica y duodenal (3,2%), otras molestias urológicas (3,2%) y las dorsopatías (3,2%). Cabe resaltar la información clínica brindada por hospitales como Arzobispo Loayza del Centro de Lima, Cayetano Heredia de San Martín de Porres y María Auxiliadora de San Juan de Miraflores ⁽⁴⁻⁶⁾, registrada ya por varios años seguidos en un anuario estadístico que es de utilidad para tener una idea de las enfermedades más frecuentes diagnosticadas en la consulta externa, y con ello hacer una comparación con los resultados nacionales. (1)

4.1.1. PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD EN CONSULTA EXTERNA POR SERVICIOS AÑO 2017.

10 Primeras causas de Morbilidad General por Consulta Externa según OPS – HRGDV 2017

Morbilidad General por Consulta Externa - 2017					
Cie-10	Morbilidad de Causas	Masculino	Femenino	Total	%
M545	Lumbago no especificado	355	569	924	0,9
I10X	Hipertensión esencial	240	482	722	0,7
E119	Diabetes mellitus no insulino dependiente, sin mención de complicación	163	413	576	0,5
M544	Lumbago con ciática	148	242	390	0,4
N40X	Hiperplasia de la próstata	371	0	371	0,4
G442	Cefalea debida a tensión	109	254	363	0,3
G510	Parálisis de bell	150	204	354	0,3
M170	Gonartrosis primaria, bilateral	118	212	330	0,3
E038	Otros hipotiroidismos especificados	44	272	316	0,3
N200	Calculo del riñón	89	195	284	0,3
K811	Colecistitis crónica	53	229	282	0,3
G401	Epilepsia y síndromes epilépticos sintomáticos	132	147	279	0,3
K293	Gastritis crónica superficial	75	198	273	0,3
N739	Enfermedad inflamatoria pélvica	0	250	250	0,2
	Demás causas	34155	65839	99994	94,6
	Total General	36200	69508	105708	100,0

Fuente.: Estadística – HRGDV -2017
 Elaborado por la Unidad de Epidemiología

Las principales Causas de Morbilidad General en Consulta Externa, en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega 2017; del total de la demandada de 105708 atenciones; la causa de morbilidad que demandó mayor número de atenciones fue por lumbago no especificado, con 924 casos, seguido de hipertensión arterial con 722 casos; como tercera causa fue por diabetes mellitus no insulino dependientes, sin mención de complicación con 576 casos.

10 Primeras Causas de Morbilidad en el servicio de Medicina por Consulta Externa Según OPS – HRGDV 2017.

Morbilidad General por Consulta Externa - Servicio de Medicina - 2017					
Cie-10	Morbilidad de Causas	Masculino	Femenino	Total	%
N390	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	32	153	185	5,6
E782	Hiperlipidemia mixta	43	141	184	5,6
M545	Lumbago no especificado	42	90	132	4,0
J029	Faringitis aguda, no especificada	41	61	102	3,1
E119	Diabetes mellitus no insulino dependiente, sin mención de complicación	25	73	98	3,0
K810	Colecistitis aguda	14	61	75	2,3
M199	Artrosis, no especificada	18	47	65	2,0
M069	Artritis reumatoide, no especificada	8	54	62	1,9
A150	Tbc pulmonar bk (+)	34	27	61	1,9
K297	Gastritis, no especificada	11	49	60	1,8
	Demás causas	843	1417	2260	68,8
	Total General	1111	2173	3284	100,0

Fuente: Estadística e Informática HRGDV 2017

Como principales Causas de Morbilidad en Medicina Consulta Externa, en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega 2017; del total de la demanda de 3284 atenciones; la causa primera causa fue mayor Infección urinaria sitio no especificado con 185 casos con un porcentaje de (5.6%); seguido de hiperlipidemia mixta con 184 casos con (5.6%) casos.

10 Primeras Causas de Morbilidad en el servicio de Cirugía por Consulta Externa Según OPS – HRGDV 2017.

Morbilidad General por Consulta Externa - Servicio de Cirugía - 2017					
Cie-10	Morbilidad de Causas	Masculino	Femenino	Total	%
K802	Calculo de la vesícula biliar sin colecistitis	31	124	155	7.6
K358	Otras apendicitis agudas y las no especificadas	65	66	131	6.4
K409	Hernia inguinal unilateral o no especificada, sin obstrucción ni gangrena	82	44	126	6.2
K439	Hernia ventral sin obstrucción ni gangrena	30	60	90	4.4
Z933	Colostomía	54	9	63	3.1
T814	Infección consecutiva a procedimiento, no clasificada en otra parte	32	29	61	3.0
K819	Colecistitis, no especificada	9	47	56	2.7
K469	Hernia abdominal no especificada, sin obstrucción ni gangrena	37	17	54	2.6
D179	Tumor benigno lipomatoso, de sitio no especificado	20	31	51	2.5
K805	Calculo de conducto biliar sin colangitis ni colecistitis	5	31	36	1.8
Demas causas		563	657	1220	59.7
Total General		928	1115	2043	100.0

Fuente: Estadística e Informática HRGDV 2017

Las primeras Causas de Morbilidad Cirugía en Consulta Externa, en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega 2017; del total de la demandad de 2043 atenciones; la primera causa de morbilidad fue cálculo de la vesícula biliar sin colecistitis con 155 casos con un porcentaje de (7.6%); seguido de otras apendicitis agudas con 131 casos que hace el (6.4%) y como tercera causa hernia inguinal unilateral o no especificada, sin obstrucción ni gangrena con 126 casos con un porcentaje de (6.2%).

10 Primeras Causas de Morbilidad en el Servicio de Traumatología Por Consulta Externa Según OPS – HRGDV 2017.

Morbilidad General por Consulta Externa - Servicio de Traumatología - 2017					
Cie-10	Morbilidad de Causas	Masculino	Femenino	Total	%
M170	Gonartrosis primaria, bilateral	51	144	195	6.6
M544	Lumbago con ciática	65	125	190	6.5
M549	Dorsalgia, no especificada	32	66	98	3.3
S822	Fractura de la diáfisis de la tibia	61	31	92	3.1
M419	Escoliosis, no especificada	28	45	73	2.5
M624	Contractura muscular	26	43	69	2.3
S420	Fractura de la clavícula	46	22	68	2.3
S826	Fractura del maléolo externo	35	33	68	2.3
M160	Coxartrosis primaria, bilateral	22	31	53	1.8
M479	Espondilosis, no especificada	20	29	49	1.7
Demas causas		953	1031	1984	67.5
Total General		1339	1600	2939	100.0

Fuente: Estadística e Informática HRGDV 2017

Como principales Causas de Morbilidad Traumatología en Consulta Externa, en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega al 2017; del total de la demanda de 2939 atenciones; la causa de morbilidad que demandó mayor número de atenciones fue por gonartrosis primaria bilateral con 195 casos con un porcentaje de (6.6%); seguido de lumbago con ciática con 190 casos con (6.5%).

10 Primeras Causas de Morbilidad en el servicio de Pediatría por Consulta Externa, Según OPS – HRGDV 2017.

Morbilidad General por Consulta Externa - Servicio de Pediatría - 2017					
Cie-10	Morbilidad de Causas	Masculino	Femenino	Total	%
N390	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	31	68	99	5.6
B829	Parasitosis intestinal, sin otra especificación	36	52	88	5.0
J00X	Rinofaringitis aguda, rinitis aguda	41	33	74	4.2
P599	Ictericia neonatal, no especificada	26	27	53	3.0
D509	Anemia por deficiencia de hierro sin especificación	30	17	47	2.7
J029	Faringitis aguda, no especificada	13	19	32	1.8
J039	Amigdalitis aguda, no especificada	18	14	32	1.8
A419	Septicemia, no especificada	19	7	26	1.5
J459	Asma no especificada. Asma de aparición tardía. Bronquitis asmática/sob	13	12	25	1.4
A090	Otras gastroenteritis y colitis no especificadas de origen infeccioso	15	9	24	1.4
Demás causas		651	613	1264	71.7
Total General		893	871	1764	100.0

Fuente: Estadística e Informática HRGDV 2017

Las primeras causas en Pediatría- Consulta Externa, en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega 2017; del total de la demanda de 1764 atenciones; la causa de morbilidad que demandó mayor número de atenciones infección de vías urinarias, sitio no especificado con 99 casos con un porcentaje de (5.6%); seguido de parasitosis intestinal, sin otra especificación con 88 casos con (5.0%) y como tercera causa fue por rinofaringitis aguda, rinitis aguda con 74 casos con (4.2%).

10 Primeras Causas de Morbilidad en el servicio de Gineco-Obstetrica Por Consulta Externa Según OPS – HRGDV 2017.

Morbilidad General por Consulta Externa - Servicio de Gineco-Obstetrica - 2017			
Cie-10	Morbilidad de Causas	Total	%
86592	Sífilis cualitativa (vdrl,rpr)	431	2.7
88141	Citopatología cervical o vaginal y tamizaje manual (papanicolau)	358	2.2
Z0182	Inspección visual con ácido acético (iva)	245	1.5
A64X9	Síndrome de flujo vaginal	221	1.4
N832	Otros quistes ováricos y los no especificados	198	1.2
N390	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	186	1.2
N72X	Enfermedad inflamatoria del cuello uterino	116	0.7
R102	Dolor pélvico y perineal	100	0.6
N644	Mastodinia	99	0.6
D259	Leiomioma del útero, sin otra especificación	92	0.6
Demás causas		14023	87.3
Total General		16069	100.0

Fuente: Estadística e Informática HRGDV 2017

Primeras causa de Morbilidad en Gineco-Obstetrica Consulta Externa, en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega 2017; del total de la demanda de 16069 atenciones; la causa de morbilidad que demandó mayor número de atenciones fue por enfermedad sífilis cualitativa (VDRL, RPR) con 431 casos, con (2.7%); seguido de citología cervical o vaginal y tamizaje manual (papanicolao) con 358 casos con (2.2%) y como tercera atención fue por inspección visual con ácido acético (iva) con 245 atenciones con (1.5%).

10 Primeras Causas de Morbilidad en el servicio de Urología Por Consulta Externa Según OPS – HRGDV 2017.

Morbilidad General por Consulta Externa - Servicio de Urología - 2017					
Cie-10	Morbilidad de Causas	Masculino	Femenino	Total	%
N390	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	82	128	210	25.3
N410	Prostatitis aguda	61	0	61	7.3
C61X	Tumor maligno de la próstata	57	0	57	6.9
N320	Obstrucción de cuello de la vejiga	13	35	48	5.8
N47X	Prepucio redundante, fimosis y parafimosis	48	0	48	5.8
M545	Lumbago no especificado	10	28	38	4.6
N130	Hidronefrosis con obstrucción de la unión uretero-pelvica	16	13	29	3.5
N359	Estrechez uretral, no especificada	16	9	25	3.0
N433	Hidrocele, no especificado	23	0	23	2.8
Q600	Agenesia renal, unilateral	13	6	19	2.3
	Demas causas	208	64	272	32.8
	Total General	547	283	830	100.0

Fuente: Estadística e Informática HRGDV 2017

Primeras causas de Morbilidad en Urología- Consulta Externa, en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega 2017; del total de la demanda de 830 atenciones; la causa de morbilidad que demandó mayor número de atenciones fue por infección de vías urinarias, sitio no especificado 210 casos con (25.6%); seguido de prostatitis aguda con 61 casos (7.3%) y como tercera causa es tumor maligno de la próstata con 57 casos con un (6.9%).

10 Primeras Causas de Morbilidad en el servicio de Psiquiatría Por Consulta Externa Según OPS – HRGDV 2017.

Morbilidad General por Consulta Externa - Servicio de Psiquiatría - 2017					
Cie-10	Morbilidad de Causas	Masculino	Femenino	Total	%
F200	Esquizofrenia paranoide	59	45	104	7.0
F412	Trastorno mixto de ansiedad y depresión	11	48	59	3.9
F603	Trastorno de la personalidad emocionalmente inestable	7	47	54	3.6
F102	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol, sindr	23	5	28	1.9
F411	Trastorno de ansiedad generalizada	14	11	25	1.7
F419	Trastorno de ansiedad, no especificado	11	11	22	1.5
F251	Trastorno esquizoafectivo de tipo depresivo	0	20	20	1.3
X690	Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a otros pr	8	12	20	1.3
F062	Trastorno delirante [esquizofreniforme], orgánico	9	8	17	1.1
F103	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol, estar	16	1	17	1.1
	Demas causas	508	620	1128	75.5
	Total General	666	828	1494	100.0

Fuente: Estadística e Informática HRGDV 2017

Primeras Causas de Morbilidad en Psiquiatría -Consulta Externa, en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega 2017; del total de la demanda de 1494 atenciones; la causa de morbilidad que demandó mayor número de atenciones fue por esquizofrenia paranoide con 104 casos con (7.0%), seguido de trastorno mixto de ansiedad y depresión con 59 casos con (3.9%) y como tercera causa es trastorno de la personalidad emocionalmente inestable con 54 casos con (3.6%).

10 primeras Causas de Morbilidad en el servicio de Psicología Por Consulta Externa Según OPS – HRGDV 2017.

Morbilidad General por Consulta Externa - Servicio de Psicología - 2017					
Cie-10	Morbilidad de Causas	Masculino	Femenino	Total	%
F928	Otros trastornos mixtos de la conducta y de las emociones	110	94	204	2.2
F412	Trastorno mixto de ansiedad y depresión	44	132	176	1.9
F700	Retraso mental leve, deterioro del comportamiento nulo o mínimo	86	80	166	1.8
F321	Episodio depresivo moderado	37	118	155	1.7
F432	Trastornos de adaptación	15	111	126	1.3
T748	Otros síndromes de maltrato forma mixta	32	75	107	1.1
T743	Abuso psicológico	20	83	103	1.1
F603	Reacción a estrés agudo	24	52	76	0.8
F430	Trastorno de la personalidad emocionalmente inestable	17	55	72	0.8
F320	Episodio depresivo leve	7	51	58	0.6
Demás causas		2840	5310	8150	86.8
Total General		3232	6161	9393	100.0

Fuente: Estadística e Informática HRGDV 2017

Primeras causas de Morbilidad en Psicología- Consulta Externa, en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega 2017; del total de la demanda de 9393 atenciones; la causa de morbilidad que demandó mayor número de atenciones fue otros trastornos mixtos de la conducta y de las emociones con 204 casos con (2.2%); seguido de trastornos mixtos de ansiedad y depresión con 176 casos con (1.9%) y como tercera causa retraso mental leve, deterioro del comportamiento nulo o mínimo con 166 casos con (1.8%).

10 Primeras Causas de Morbilidad en el servicio de Medicina Interna Por Consulta Externa Según OPS – HRGDV 2017.

Morbilidad General por Consulta Externa - Servicio de Medicina Interna - 2017					
Cie-10	Morbilidad de Causas	Masculino	Femenino	Total	%
N390	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	8	35	43	6.1
M069	Artritis reumatoide, no especificada	4	28	32	4.5
E782	Hiperlipidemia mixta	5	19	24	3.4
I10X	Hipertensión esencial (primaria)	11	12	23	3.3
M545	Lumbago no especificado	9	13	22	3.1
E780	Hipercolesterolemia pura	7	12	19	2.7
E119	Diabetes mellitus no insulino dependiente, sin mención de complicación	3	11	14	2.0
K290	Gastritis aguda hemorrágica	3	8	11	1.6
M255	Dolor en articulación	2	8	10	1.4
K291	Otras gastritis agudas	3	6	9	1.3
Demás causas		188	309	497	70.6
Total General		243	461	704	100.0

Fuente: Estadística e Informática HRGDV 2017

Primeras causas de Morbilidad Medicina Interna en Consulta Externa, en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega 2017; del total de la demanda de 704 atenciones; la causa de morbilidad que demandó mayor número de atenciones fue infección de vías urinarias, sitio no especificado con 43 casos con (6.1%); seguido de artritis reumatoide, no especificado con 32 casos con (4.5%) y como tercera causa hiperlipidemia mixta con 24 casos con (3.4%).

10 Primeras Causas de Morbilidad en el servicio de Gastroenterología Por Consulta Externa Según OPS – HRGDV 2017.

Morbilidad General por Consulta Externa - Servicio de Gastroenterología - 2017					
Cie-10	Morbilidad de Causas	Masculino	Femenino	Total	%
K802	Calculo de la vesicula biliar sin colecistitis	48	105	153	13.7
I841	Hemorroides internas con otras complicaciones	35	79	114	10.2
K219	Enfermedad del reflujo gastroesofágico sin esofagitis	21	35	56	5.0
K589	Síndrome del colon irritable sin diarrea	13	25	38	3.4
K703	Cirrosis hepática alcohólica	17	3	20	1.8
B181	Hepatitis viral tipo b crónica, sin agente delta	7	12	19	1.7
B829	Parasitosis intestinal, sin otra especificación	7	12	19	1.7
K291	Otras gastritis agudas	8	11	19	1.7
K253	Úlcera gástrica, aguda sin hemorragia ni perforación	7	11	18	1.6
K805	Calculo de conducto biliar sin colangitis ni colecistitis	3	15	18	1.6
	Demas causas	237	407	644	57.6
	Total General	403	715	1118	100.0

Fuente: Estadística e Informática HRGDV 2017

Primeras Causas de Morbilidad Gastroenterología en Consulta Externa, en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega 2017; del total de la demanda de 1118 atenciones; la causa de morbilidad que demandó mayor número de atenciones fue por cálculo de la vesícula biliar sin colecistitis con 153 con (13.7%); seguido de hemorroides internas con otras complicaciones con 114 casos que hace el (10.2%) y como tercera causa fue enfermedad del reflujo gastroesofágico sin esofagitis con 56 casos con un porcentaje de (5.0%).

10 Primeras Causas de Morbilidad en el servicio de Endocrinología Por Consulta Externa Según OPS – HRGDV 2017.

Morbilidad General por Consulta Externa - Servicio de Endocrinología - 2017					
Cie-10	Morbilidad de Causas	Masculino	Femenino	Total	%
E782	Hiperlipidemia mixta	61	154	215	24.8
E050	Tirotoxicosis con bocio difuso	23	69	92	10.6
E109	Diabetes mellitus insulino dependiente, sin mención de complicación	32	47	79	9.1
E669	Obesidad	15	58	73	8.4
E138	Diabetes mellitus especificada, con complicaciones no especificadas	34	34	68	7.9
E041	Nódulo tiroideo solitario no toxico	4	36	40	4.6
E781	Hipergliceridemia pura	14	24	38	4.4
I10X	Hipertensión esencial (primaria)	6	22	28	3.2
E780	Hipercolesterolemia pura	7	15	22	2.5
E030	Hipotiroidismo congénito con bocio difuso	3	11	14	1.6
	Demas causas	63	134	197	22.7
	Total General	262	604	866	100.0

Fuente: Estadística e Informática HRGDV 2017

Primeras Causas de Morbilidad en Endocrinología -Consulta Externa, en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega 2017; del total de la demanda de 866 atenciones; la causa de morbilidad que demandó mayor número de atenciones fue por hiperlipidemia mixta , con 215 casos con un porcentaje de (24.8%); como segunda causa fue tirotoxicosis con bocio difuso con 92 casos que hace el (10.6%) y como tercera causa es por diabetes mellitus insulino dependiente, sin mención de complicación con 79 con un porcentaje de (9.1%).

10 Primeras Causas de Morbilidad en el servicio de Física y Rehabilitación Por Consulta Externa Según OPS – HRGDV 2017.

Morbilidad General por Consulta Externa - Servicio de Física y Rehabilitación - 2017					
Cie-10	Morbilidad de Causas	Masculino	Femenino	Total	%
M759	Lesión del hombro, no especificada	108	153	261	1.1
S934	Esguinces y torceduras del tobillo	122	133	255	1.1
M542	Cervicalita	72	151	223	1.0
M790	Reumatismo, no especificado	47	167	214	0.9
Q650	Luxación congénita de la cadera, unilateral	29	145	174	0.8
M549	Dorsalgia, no especificada	55	110	165	0.7
M765	Tendinitis rotuliana	41	64	105	0.5
S836	Esguinces y torceduras de otras partes y las no especificadas de la rodilla	61	41	102	0.4
M160	Coxartrosis primaria, bilateral	35	65	100	0.4
M479	Espondilosis, no especificada	44	54	98	0.4
Demas causas		9675	11388	21063	92.5
Total General		10289	12471	22760	100.0

Fuente: Estadística e Informática HRGDV 2017

Primeras Causas de Morbilidad en Consulta Externa de Física y Rehabilitación, en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega 2017; del total de la demanda de 22,760 atenciones; la causa de morbilidad que demandó mayor número de atenciones fue por lesión del hombro, no especificado con 261 casos con un porcentaje de (1.1%); seguido de esguinces y torceduras de tobillo con 255 casos que hace el (1.1%) y como tercera causa fue cervicalita con 223 casos con un porcentaje de (1.0%)

10 Primeras Causas de Morbilidad en el servicio de Cardiología Por Consulta Externa Según OPS – HRGDV 2017

Morbilidad General por Consulta Externa - Servicio de Cardiología - 2017					
Cie-10	Morbilidad de Causas	Masculino	Femenino	Total	%
I500	Insuficiencia cardíaca congestiva	63	108	171	7.2
I48X	Fibrilación y aleteo auricular	65	61	126	5.3
I509	Insuficiencia cardíaca, no especificada	40	85	125	5.3
K801	Calculo de la vesícula biliar con otra colecistitis	9	43	52	2.2
I803	Flebitis y tromboflebitis de los miembros inferiores, no especificada	19	28	47	2.0
R072	Dolor precordial	15	25	40	1.7
I872	Insuficiencia venosa (crónica) (periférica)	17	18	35	1.5
Z359	Supervisión de embarazo de alto riesgo, sin otra especificación	0	35	35	1.5
E785	Hiperlipidemia no especificada	10	21	31	1.3
Q249	Malformación congénita del corazón, no especificada	10	21	31	1.3
Demas causas		715	961	1676	70.7
Total General		963	1406	2369	100.0

Fuente: Estadística e Informática HRGDV 2017

Primeras causas de Morbilidad en Cardiología- Consulta Externa, en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega 2017; del total de la demanda de 2369 atenciones la causa de morbilidad que demandó mayor número de atenciones fue por insuficiencia cardíaca congestiva con 171 casos con un (7.2%); seguido de fibrilación y aleteo auricular con 126 casos con un porcentaje de (5.3%); y como tercera causa insuficiencia cardíaca, no especificada con 125 casos que hace el (5.3%).

10 Primeras Causas de Morbilidad en el servicio de Oftalmología Por Consulta Externa Según OPS – HRGDV 2017.

Morbilidad General por Consulta Externa - Servicio Oftalmología - 2017					
Cie-10	Morbilidad de Causas	Masculino	Femenino	Total	%
H169	Queratitis, no especificada	107	118	225	15.8
H110	Pterigion	55	59	114	8.0
H041	Otros trastornos de la glándula lagrimal	47	49	96	6.7
H409	Glaucoma, no especificado	65	24	89	6.2
H010	Blefaritis	48	33	81	5.7
H105	Blefarokonjuntivitis	35	39	74	5.2
H527	Trastorno de la refracción, no especificado	24	47	71	5.0
H259	Catarata senil, no especificada	23	27	50	3.5
H001	Calacio [chalazion]	17	20	37	2.6
S059	Traumatismo del ojo y de la órbita, no especificado	23	8	31	2.2
	Demas causas	306	253	559	39.2
	Total General	750	677	1427	100.0

Fuente: Estadística e Informática HRGDV 2017

Muestra las Principales Causas de Morbilidad en Oftalmología -Consulta Externa, en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega 2017; del total de la demanda de 1427 atenciones; la causa de morbilidad que demandó mayor número de atenciones fue por Queratitis no especificada con 225 casos con (15.8%), seguido de Pterigion con 114 casos con (8.0%) y otros trastornos de la glándula lagrimal con 96 casos con (6.7%).

10 Primeras Causas de Morbilidad en el servicio de Estrategia Sanitaria de Control de TBC Por Consulta Externa Según OPS – HRGDV 2017.

Morbilidad General por Consulta Externa - Servicio Estrategia Sanitaria de Control de TBC - 2017					
Cie-10	Morbilidad de Causas	Masculino	Femenino	Total	%
U200	Sintomático respiratorio	446	470	916	44.8
A150	Tbc pulmonar bk (+)	14	8	22	1.1
U202	Tbc pulmonar mdr	3	7	10	0.5
A186	Tuberculosis del oído	3	3	6	0.3
B551	Leishmaniosis cutánea o uta	5	1	6	0.3
A162	Tuberculosis del pulmón, sin mención de confirmación bacteriológica o histológica	2	2	4	0.2
A188	Tuberculosis de otros órganos especificados	2	2	4	0.2
A151	Tbc pulmonar solo cultivo positivo	2	0	2	0.1
A160	Tbc pulmonar bk (-) cultivo (-)	2	0	2	0.1
A181	Tuberculosis del aparato genitourinario	1	0	1	0.0
	Demas causas	517	556	1073	52.4
	Total General	997	1049	2046	100

Fuente: Estadística e Informática HRGDV 2017

Muestra las Principales Causas de Morbilidad en servicio de Estrategia Sanitaria de control de TBC por Consulta Externa del total de la demanda de 2048 atenciones, en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega 2017; la causa de morbilidad que demandó mayor número de atenciones fue por Sintomático respiratorio con 916 casos con un porcentaje de (44.8%); seguido de TBC pulmonar positivo con 22 con (1.1%) y TBC pulmonar MDR con 10 casos con (0.5%).

A
S
I
S

2
0
1
7

10 Primeras Causas de Morbilidad en el servicio de Dermatología Por Consulta Externa Según OPS – HRGDV 2017.

Morbilidad General por Consulta Externa - Servicio Dermatología - 2017					
Cie-10	Morbilidad de Causas	Masculino	Femenino	Total	%
B07X	Verrugas víricas	6	6	12	8.0
L209	Dermatitis atópica, no especificada	6	6	12	8.0
L700	Acné vulgar	1	10	11	7.3
L200	Prurigo de besnier	4	5	9	6.0
B340	Infección debida a adenovirus, sin otra especificación	4	3	7	4.7
L500	Urticaria alérgica	1	6	7	4.7
L709	Acné no especificado	5	1	6	4.0
B348	Otras infecciones virales de sitio no especificado	1	3	4	2.7
L230	Dermatitis alérgica de contacto debida a metales	3	1	4	2.7
L710	Dermatitis peribucal	1	3	4	2.7
	Demas causas	21	53	74	49.3
	Total General	53	97	150	100

Fuente: Estadística e Informática HRGDV 2017

Muestra las Principales Causas de Morbilidad en servicio de Dermatología del total de la demanda de 150 atenciones; la causa de morbilidad que demandó mayor número de atenciones fue por verrugas víricas con 12 casos con un porcentaje de (8.0%); seguido de dermatitis atópica, no especificada con 12 casos que hace el (8.0%) y como tercera causa es acné vulgar con 11 casos con un (7.3%).

Demanda de atención por inmunización por Consulta Externa Según OPS – HRGDV 2017.

Morbilidad General por Consulta Externa - Servicio Inmunizaciones - 2017					
Cie-10	Morbilidad de Causas	Masculino	Femenino	Total	%
90744	Vacuna para hepatitis b	957	973	1930	43.1
90585	Vacuna viva del bacilo de calmette-guerin (bcg) para la tuberculosis, uso percutáneo	767	703	1470	32.8
Z2781	Vacunación dt (difteria tétanos)	321	209	530	11.8
90657	Vacuna de influenza, para uso im	145	255	400	8.9
90676	Vacuna antirrábica, uso intradérmico	92	58	150	3.3
90675	Vacuna antirrábica, uso im (crl)	1	0	1	0.0
	Total General	2283	2198	4481	100

Fuente: Estadística e Informática HRGDV 2017

Muestra las Principales Causas de Morbilidad en servicio de inmunizaciones del total de la de mandada de 4481 atenciones; la vacuna que demandó mayor número de atenciones fue la vacuna de contra la hepatitis B con 1930 vacunados con un (43.1%), seguido de la vacuna del bacilo calmette- guerin para la tuberculosis, uso percutaneo, con 1470 vacunados con un porcentaje de (32,8%); seguido de la vacuna de dt (difteria tétanos) con 530 vacunados que hace el (11.8%).

10 Primeras Causas de Morbilidad en el servicio de NEUROLOGÍA Por Consulta Externa Según OPS – HRGDV 2017.

Morbilidad General por Consulta Externa - Servicio Neurología - 2017					
Cie-10	Morbilidad de Causas	Masculino	Femenino	Total	%
R51X	Cefalea	45	126	171	8.1
G20X	Enfermedad de parkinson	63	32	95	4.5
G443	Cefalea postraumática crónica	37	54	91	4.3
B690	Cisticercosis del sistema nervioso central	40	47	87	4.1
G441	Cefalea vascular, ncop	27	57	84	4.0
M542	Cervicalgia	32	48	80	3.8
M545	Lumbago no especificado	21	47	68	3.2
G430	Migraña sin aura [migraña común]	12	44	56	2.7
J459	Asma no especificada. Asma de aparición tardía. Bronquitis asmática/sob sibilancia, hi	22	31	53	2.5
G409	Epilepsia, tipo no especificado	35	18	53	2.5
	Demas causas	586	688	1274	60.32
	Total General	920	1192	2112	100

Fuente: Estadística e Informática HRGDV 2017

Muestra las Principales Causas de Morbilidad en servicio de Neurología e la demanda total de 2112 atenciones; la causa de morbilidad que demandó mayor número de cefalea con 171 casos con un porcentaje de (8.1%); seguido de parkinson con 95 casos que hace un porcentaje de (4.5%) y como tercera causa cefalea post traumática crónica con 91 casos con un porcentaje de (4.3%).

10 Primeras Causas de Morbilidad en el servicio de ODONTOLOGÍA Por Consulta Externa Según OPS – HRGDV 2017.

Morbilidad General por Consulta Externa - Servicio Odontología - 2017					
Cie-10	Morbilidad de Causas	Masculino	Femenino	Total	%
K041	Necrosis de la pulpa	30	63	93	13.4
K021	Caries de la dentina	32	46	78	11.2
K040	Pulpitis	11	6	17	2.4
S025	Fractura de los dientes (diente roto)	6	3	9	1.3
K047	Absceso periapical sin fistula	2	3	5	0.7
S030	Luxación del maxilar	0	5	5	0.7
K046	Absceso periapical con fistula	3	1	4	0.6
S032	Luxación de diente	3	1	4	0.6
K006	Alteraciones en la erupción dentaria	3	0	3	0.4
K050	Gingivitis aguda	0	3	3	0.4
	Demas causas	202	271	473	68.2
	Total General	292	402	694	100

Fuente: Estadística e Informática HRGDV 2017

Muestra las Principales Causas de Morbilidad en servicio de Odontología de la demanda total de 694 atenciones; la causa de morbilidad que demandó mayor número de atenciones fue por necrosis de la pulpa con 93 casos con un porcentaje de (13.4%); seguido de caries de la dentina con 78 casos que hace un porcentaje de (11.2%) y como tercera causa pulpitis con 17 casos con un porcentaje de (2.4%).

10 Primeras Causas de atención en el servicio de COLPOSCOPIA Por Consulta Externa Según OPS – HRGDV 2017.

Morbilidad General por Consulta Externa - Servicio Colposcopia - 2017				
Cie-10	Morbilidad de Causas	Femenino	Total	%
57452	Colposcopia	200	200	26.3
Z0182	Inspección visual con ácido acético (ivaa)	187	187	24.6
N870	Displasia cervical leve / neoplasia intraepitelial cervical grado 1 (nic1)	76	76	10.0
N872	Displasia cervical severa/neoplasia intraepitelial cervical grado 3 (nic 3)	65	65	8.6
57511	Crioterapia	37	37	4.9
N72X	Enfermedad inflamatoria del cuello uterino	36	36	4.7
N952	Vaginitis atrófica postmenopáusica	24	24	3.2
N841	Pólipo del cuello del útero	6	6	0.8
C539	Tumor maligno del cuello del útero sin otra especificación	4	4	0.5
N700	Salpingitis y ooforitis aguda	2	2	0.3
Demás causas		123	123	16.18
Total General		760	760	100

Fuente: Estadística e Informática HRGDV 2017

Muestra las Principales Causas de Morbilidad en servicio de Colposcopia en el año 2017; del total de la demanda de atenciones de 760 ; la causa de morbilidad que demandó mayor número de atenciones fue por colposcopia con 200 casos con un porcentaje de (26.3%); seguido de inspección visual con ácido acético (IVAA) con 187 casos que hace un porcentaje de (24.6%) y como tercera causa displasia cervical/intraepitelial cervical grado 1 (NIC 1) con 76 casos con un porcentaje de (10.0%).

10 Primeras Causas de atención en el servicio de ENFERMERIA Por Consulta Externa Según OPS – HRGDV 2017.

Morbilidad General por Consulta Externa - Servicio Enfermería - 2017					
Cie-10	Morbilidad de Causas	Masculino	Femenino	Total	%
99404	Consejería Especial (VIH/Salud Mental)	634	845	1479	19,4
U140	Consejería especial (vih/salud mental)	642	836	1478	19,4
Z133	Entrevista de tamizaje	487	663	1150	15,1
97597	Examen de pesquisa especial para trastornos mentales y del comportamiento	446	440	886	11,6
93000	Curación de heridas	296	464	760	10,0
Z7174	Electrocardiograma	269	195	464	6,1
U310	Consejería a personas que viven con vih / sida	231	157	388	5,1
Z21X	Administración supervisada de tratamiento	174	133	307	4,0
15851	Estado de infección asintomática por el virus de la inmunodeficiencia humana [vih]	147	136	283	3,7
Z006	Retiro de puntos	161	94	255	3,3
Demás causas					2,3
Total General		3589	4040	7629	100

Fuente: Estadística e Informática HRGDV 2017

Muestra las Principales motivos de atención en servicio de Enfermería; del total de 7629 atenciones; el motivo de mayor de consulta fue por consejería (VIH/salud mental) con 1479 casos con un porcentaje de (19,4%); seguido de entrevista de tamizaje con 1150 casos que hace un porcentaje de (15.1%) y como tercera es el examen de pesquisa especial para trastorno mental y del comportamiento con 886 casos

10 Primeras Causas de Morbilidad en el servicio de Servicio de Medicina Ocupacional Por Consulta Externa Según OPS – HRGDV 2017.

Morbilidad General por Consulta Externa - Servicio de Medicina Ocupacional - 2017					
Cie-10	Morbilidad de Causas	Masculino	Femenino	Total	%
Z100	Examen de salud ocupacional	230	836	1066	39.4
Z013	Examen de la presión sanguínea	114	425	539	19.9
Z027	Extensión de certificado medico	117	382	499	18.5
99404	Consejería especial (vih/salud mental)	94	269	363	13.4
Z010	Examen de ojos y de la visión	17	45	62	2.3
F432	Trastornos de adaptación	1	31	32	1.2
90806	Psicoterapia individual	1	12	13	0.5
F430	Reacción a estrés agudo	3	10	13	0.5
Z006	Examen para comparación y control normales en programa de investigación clínica	6	7	13	0.5
Z637	Problemas relacionados con otros hechos estresantes que afectan a la familia y la casa	0	13	13	0.5
	Demas causas	33	57	90	3.3
	Total General	616	2087	2703	100

Fuente: Estadística e Informática HRGDV 2017

Muestra las Principales Causas de Morbilidad en servicio de Medicina Ocupacional para el año 2017; del total de la demanda de 2703 atenciones; la causa de morbilidad que demandó mayor número de atenciones fue por examen de salud ocupacional con 1066 casos con un porcentaje de (39.4%); seguido de examen de la presión sanguínea con 539 casos que hace un porcentaje de (19.9%) y como tercera causa extensión de certificado médico con 499 casos con un porcentaje de (18.5%).

4.2. PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD EN EMERGENCIA AÑO 2017

4.2.1. ATENCIONES EN EMERGENCIA POR SERVICIOS

Principales Causas de Atenciones de Emergencia en Medicina General, según Lista Tabular CIE-10, HRGDV – 2017

Principales Causas de Atenciones de Emergencia en Medicina General - 2017			
CIE-10	Descripción de causas	Total casos	Porcentaje
R10.4	Otros dolores abdominales y los no especificados	714	18.11
R10.0	Abdomen agudo	121	3.07
A09.X	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	120	3.04
N39.0	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	114	2.89
R51.X	Cefalea	103	2.61
K29.7	Gastritis, no especificada	97	2.46
K35.9	Apendicitis aguda, no especificada	71	1.80
E14.9	Diabetes mellitus	65	1.65
I10.X	Hipertensión esencial	65	1.65
A09.X2	Diarrea con deshidratación	65	1.65
A09.X	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	64	1.62
G40.9	Epilepsia, tipo no especificado	47	1.19
K29.1	Otras gastritis agudas	39	0.99
K81.0	Colecistitis aguda	28	0.71
J45.9	Asma, no especificada	27	0.68
Demás causas		2202	55.86
Total Genral		3942	100

Fuente: Estadística e Informática HRGDV-2017

Las Principales Causas de Atenciones de Emergencia en el servicio de Medicina General, del Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, durante el año 2017 se tuvieron un total de 3942 atenciones entre emergencias y urgencias, como observamos que el diagnostico de Otros Dolores Abdominales y las no Especificadas son la primera causa por el cual acuden a nuestro establecimiento con 714 casos que hacen un porcentaje de un (18.11%); como segunda causa tenemos abdomen agudo con 121 casos con un porcentaje de (3.07%); como tercera causa tenemos el diagnostico de diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, con 120 casos con (3.04%).

Principales Causas de Atenciones de Emergencia en Cirugía, según Lista Tabular CIE-10, HRGDV – 2017

Principales Causas de Atenciones de Emergencia en Cirugía General - 2017			
CIE-10	Descripción de causas	Total casos	Porcentaje
T00.9	Traumatismos superficiales múltiples, no especificados	362	10.84
K35.9	Apendicitis aguda, no especificada	241	7.22
R10.4	Otros dolores abdominales y los no especificados	156	4.67
S01.0	Herida del cuero cabelludo	143	4.28
S01.9	Herida de la cabeza, parte no especificada	137	4.10
S06.9	Traumatismo intracraneal, no especificado	104	3.11
T07.X	Traumatismos múltiples, no especificados	82	2.46
S01.8	Herida de otras partes de la cabeza	71	2.13
W54.9	Mordedura de perro	71	2.13
K81.0	Colecistitis aguda	62	1.86
S00.9	Traumatismo superficial de la cabeza, parte no especificada	44	1.32
S61.0	Herida de dedo(s) de la mano, sin daño de la(s) uña(s)	39	1.17
T07.X	Traumatismos múltiples, no especificados	34	1.02
S01.1	Herida del párpado y de la región periocular	29	0.87
S01.5	Herida del labio y de la cavidad bucal	27	0.81
Demas causas		1737	52.02
Total Genral		3339	100

Fuente: Estadística e Informática HRGDV-2017

Las **Principales Causas de Atenciones de Emergencia en el servicio de Cirugía**, del Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega; durante el año 2017, se tuvieron un total de 3339 atenciones entre emergencias y urgencias, como observamos que la Primera causa de morbilidad por el cual acude el usuario es el traumatismo superficiales múltiples, no especificados con 362 casos con un porcentaje de un (10.84%); como segunda causa de morbilidad es el diagnóstico de apendicitis aguda, no especificada con 241 casos con un porcentaje de (7.22%); y como tercera causa otros dolores abdominales y los no especificados con 156 casos con un porcentaje de (4.67%).

Principales Causas de Atenciones de Emergencia en Traumatología, según Lista Tabular CIE-10, HRGDV – 2017

Principales Causas de Atenciones de Emergencia en Traumatología General - 2017			
CIE-10	Descripción de causas	Total casos	Porcentaje
S93.4	Esguinces y torceduras del tobillo	103	4.70
T00.9	Traumatismos superficiales múltiples, no especificados	80	3.65
S80.0	Contusión de la rodilla	58	2.65
S43.0	Luxación de la articulación del hombro	53	2.42
S52.5	Fractura de la epífisis inferior del radio	51	2.33
S62.6	Fractura de otro dedo de la mano	50	2.28
T14.2	Fractura de región no especificada del cuerpo	49	2.24
S42.0	Fractura de la clavícula	48	2.19
S52.3	Fractura de la diáfisis del radio	45	2.05
S50.0	Contusión del codo	44	2.01
S40.0	Contusión del hombro y del brazo	41	1.87
S82.2	Fractura de la diáfisis de la tibia	40	1.82
S20.2	Contusión del tórax	40	1.82
S42.3	Fractura de la diáfisis del húmero	32	1.46
S61.0	Herida de dedo(s) de la mano, sin daño de la(s) uña(s)	30	1.37
Demas causas		1428	65.15
Total Genral		2192	100

Fuente: Estadística e Informática HRGDV-2017

Las Principales Causas de Atenciones de Emergencia en Traumatología, del Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega; durante el año 2017, se tuvieron un total de 2192 atenciones entre emergencias y urgencias, observamos que la Primera causa de morbilidad por el cual acude el usuario es por esguinces y torceduras del tobillo con 103 casos con un porcentaje de un (4.70%); como segunda causa de morbilidad es el diagnostico de traumatismos superficiales múltiples, no especificados con 80 casos con un porcentaje de (3.65%) y como tercera causa contusión de la rodilla con 58 casos con un porcentaje de (2.65%).

A
S
I
S

2
0
1
7

Principales Causas de Atenciones de Emergencia en Pediatría, según Lista Tabular CIE-10, HRGDV – 2017

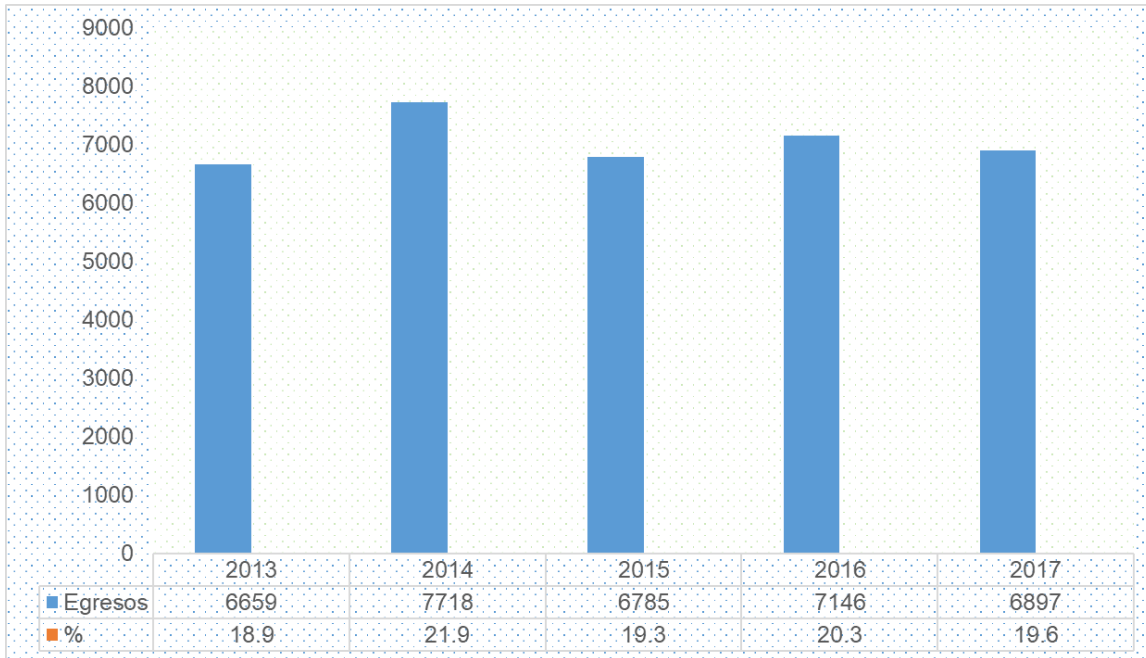
Principales Causas de Atenciones de Emergencia en Pediatría General - 2017			
CIE-10	Descripción de causas	Total casos	Porcentaje
J02.9	Faringitis aguda	228	13.49
R50.9	Fiebre, no especificada	176	10.41
N39.0	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	90	5.33
A09.X	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	90	5.33
J18.0	Bronconeumonía	67	3.96
R10.4	Otros dolores abdominales y los no especificados	65	3.85
A05.9	Intoxicación alimentaria bacteriana, no especificada	52	3.08
A09.X2	Diarrea con deshidratación	42	2.49
P59.9	Ictericia neonatal, no especificada	38	2.25
J06.8	Otras infecciones agudas de sitios múltiples de las vías respiratorias	40	2.37
J18.9	Neumonía, no especificada	27	1.60
E86.X	Depleción del volumen	29	1.72
P36.9	Sepsis bacteriana del recién nacido, no especificada	23	1.36
J45.91	SOB - Sibilancia - hiperactividad bronquial	20	1.18
Demas causas		703	41.60
Total Genral		1690	100

Fuente: Estadística e Informática HRGDV-2017

Las Principales Causas de Atenciones de Emergencia en Pediatría, del Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega; durante el año 2017, se tuvieron 1690 atenciones entre emergencias y urgencias, observamos que la Primera causa de morbilidad por el cual acude el usuario es el diagnostico de faringitis aguda, con 228 casos con un porcentaje de (13.49%); como segunda causa de morbilidad es fiebre no especificada, con 176 casos con un porcentaje de (10.41%); como tercera causa de morbilidad infección de la las vías urinarias, sitio no especificado con 90 casos con un porcentaje de (5.33%)%.

PERFIL DE MORBILIDAD POR EGRESOS DEL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA 2016

Egresos hospitalarios por porcentaje del 2013 al 2017.



**A
S
I
S

2
0
1
7**

La salud es la resultante de la interacción de múltiples factores sociales económicos, político, cultural, biológico, psicológico y ambiental. La forma en que interactúan determina finalmente el estado de salud que es susceptible de medirse. Esta relación se puede resumir a través de una representación matemática, en donde la salud puede ser entendida como la función resultante de un conjunto de vectores. Se entiende que, si alguno de estos factores alcanza niveles adecuados, la salud tendrá valores favorables y viceversa.

Así como ocurre con la mortalidad, resulta muy valioso estudiar la distribución de la morbilidad según el tiempo, el lugar y las personas. Los procesos de razonamiento empleados para interpretar los datos de morbilidad son semejantes a los empleados para el estudio de la mortalidad. Por lo tanto, el análisis de la situación de salud, tiene en el estudio de la morbilidad y la mortalidad un componente fundamental. El análisis de esta información permitirá definir qué grupos poblacionales tienen comprometido su estado de salud, lo que los ubica como fuente de primer orden al momento de destinarse prioritariamente los recursos sanitarios. Además, los grupos con mayor morbimortalidad tienen alto riesgo de presentar un peor estado de salud en los periodos de tiempo sucesivos, Por lo tanto, el intervenir en estas poblaciones no sólo elimina los problemas de salud encontrados, sino que también mejora el pronóstico de su situación de salud futura (enfoque de ciclo de vida).

**Morbilidad en hospitalización en General según la lista tabular CIE-10,
 HRGDV – 2017**

**A
S
I
S
2
0
1
7**

10 primeras causas de Morbilidad en Egresos Hospitalarios en General - año 2017			
Codigo CIE-10	Lista de Morbilidad	Total Casos	%
K35.9	Apendicitis aguda, no especificada	237	3.4
O80.0	Parto único espontáneo, presentación cefálica de vértice	184	2.7
K81.1	Colecistitis crónica	118	1.7
O03.4	Aborto espontáneo, incompleto, sin complicación	99	1.4
P59.9	Ictericia neonatal, no especificada	77	1.1
O20.0	Amenaza de aborto	64	0.9
N39.0	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	62	0.9
K81.0	Colecistitis aguda	51	0.7
O06.0	Aborto no especificado, incompleto, complicado con infección genital y pelviana	27	0.4
K81.1	Colecistitis crónica	24	0.3
Demas causas		5954	86.3
Total General		6897	100

Fuente. - Registro de Egresos Hospitalarios – HRGDV 2017

El número de egresos hospitalarios en general, según Lista Tabular CIE-10, Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega –durante el año 2017, de un total de 6897 pacientes, siendo la causa de hospitalización más frecuente: de hospitalización en general es el caso de apendicitis aguda, no especificada con 237 casos y un porcentaje de (3.4%).

**Morbilidad en hospitalización de Medicina según la lista tabular CIE-10,
 HRGDV – 2017**

10 primeras causas de Morbilidad en Egresos Hospitalarios en el Servicio de MEDICINA GENERAL- año 2017			
Codigo CIE-10	Lista de Morbilidad	Total Casos	%
J15.9	Neumonía grave	37	4.2
K85.X	Pancreatitis aguda	30	3.4
N39.0	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	27	3.1
J96.0	Insuficiencia respiratoria aguda	20	2.3
I50.0	Insuficiencia cardíaca congestiva	16	1.8
N10.X	Nefritis tubulointersticial aguda	16	1.8
N11.0	Pielonefritis crónica no obstructiva asociada con reflujo	16	1.8
K92.2	Hemorragia gastrointestinal, no especificada	15	1.7
K92.2	Hemorragia gastrointestinal, no especificada	13	1.5
I50.0	Insuficiencia cardíaca congestiva	12	1.4
Demas causas		680	77.1
Total General		882	100

Fuente. - Registro de Egresos Hospitalarios – HRGDV 2017

Las 10 primeras causas morbilidad en hospitalización en el servicio de medicina, según Lista Tabular CIE-10, del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega –

durante el año 2017, los egresos hospitalarios fueron un total de 882 pacientes, las primeras causas de morbilidad fueron: neumonía grave con 37 casos (4.2%), seguido de infección de vías urinarias, sitio no especificado con 27 casos (3.1%).

**Morbilidad en Hospitalización en Cirugía según la lista tabular CIE-10,
 HRGDV – 2017**

10 primeras causas de Morbilidad en Egresos Hospitalarios en el Servicio de CIRUGÍA GENERAL- año 2017			
Codigo CIE-10	Lista de Morbilidad	Total Casos	%
K35.9	Apendicitis aguda, no especificada	236	21.7
K81.1	Colecistitis crónica	139	12.8
K81.0	Colecistitis aguda	51	4.7
N40.X	Hiperplasia de la próstata	22	2.0
K35.0	Apendicitis aguda con peritonitis generalizada	26	2.4
K40.9	Hernia inguinal unilateral o no especificada, sin obstrucción ni gangrena	25	2.3
K42.9	Hernia umbilical sin obstrucción ni gangrena	21	1.9
K56.6	Otras obstrucciones intestinales y las no especificadas	15	1.4
K43.9	Hernia ventral sin obstrucción ni gangrena	14	1.3
K35.1	Apendicitis aguda con absceso peritoneal	20	1.8
Demas causas		519	47.7
Total General		1088	100

Fuente. - Registro de Egresos Hospitalarios – HRGDV 2017

La morbilidad en el servicio de cirugía, según Lista Tabular CIE-10, del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega – durante el año 2017, los egresos hospitalarios fueron un total de 1088 pacientes, las primeras causas de morbilidad fueron: apendicitis aguda, no especificada con 236 casos con un porcentaje de (21.7%), seguido de colecistitis crónica con 139 casos y un porcentaje de (12.8%), como tercera causa fue colecistitis aguda, con 51 casos con un porcentaje de (4.7%).

Morbilidad en Hospitalización de traumatología según la lista tabular CIE-10, HRGDV – 2017

10 primeras causas de Morbilidad en Egresos Hospitalarios en el Servicio de TRAUMATOLOGÍA GENERAL- año 2017			
Codigo CIE-10	Lista de Morbilidad	Total Casos	%
S82.2	Fractura de la diáfisis de la tibia	21	4.7
S42.0	Fractura de la clavícula	21	4.7
S72.3	Fractura de la diáfisis del fémur	20	4.4
S82.2	Fractura de la diáfisis de la tibia	12	2.7
S42.3	Fractura de la diáfisis del húmero	12	2.7
S62.6	Fractura de otro dedo de la mano	10	2.2
S42.2	Fractura de la epífisis superior del húmero	8	1.8
S43.1	Luxación de la articulación acromioclavicular	7	1.6
S52.4	Fractura de la diáfisis del cúbito y del radio	8	1.8
S82.0	Fractura de la rótula	6	1.3
Demas causas		325	72.2
Total General		450	100.0

Fuente. - Registro de Egresos Hospitalarios – HRGDV 2017

La morbilidad en el servicio de Traumatología, según Lista Tabular CIE-10, del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega –durante el año 2017, los egresos hospitalarios en este servicio fueron un total de 450 pacientes, las primeras causas de morbilidad fueron: fractura de la diáfisis de la tibia con 21 casos con un porcentaje de (4.7%), seguido de fractura de clavícula con 21 casos y un porcentaje de (4.7%), como tercera causa fue de fractura de la diáfisis del fémur con 20 casos con un porcentaje de (4.4%).

A
S
I
S

2
0
1
7

Hospitalización en Neonatología según la lista tabular CIE-10, HRGDV – 2017

10 primeras causas en Egresos Hospitalarios en el Servicio de NEONATOLOGÍA GENERAL- año 2017			
Codigo CIE-10	Lista de Morbilidad	Total Casos	%
Z38.0	Producto único, nacido en hospital	1485	90.6
P59.9	Ictericia neonatal, no especificada	65	4.0
P36.9	Sepsis bacteriana del recién nacido, no especificada	22	1.3
P22.0	Síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido	5	0.3
Z37.2	Gemelos, ambos nacidos vivos	6	0.4
P58.0	Ictericia neonatal debida a contusión	3	0.2
P22.1	Taquipnea transitoria del recién nacido	2	0.1
P59.0	Ictericia neonatal asociada con el parto antes de término	2	0.1
P74.1	Deshidratación del recién nacido	2	0.1
Demás causas		47	2.9
Total General		1639	100.0

Fuente. - Registro de Egresos Hospitalarios – HRGDV 2017

La morbilidad en el servicio de Neonatología, según Lista Tabular CIE-10, del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega –durante el año 2017, los egresos hospitalarios en este servicio fueron un total de 1639 pacientes, las primeras causas de morbilidad fueron: producto único, nacido en el hospital con 1485 casos con un porcentaje de (90.6%), seguido de ictericia neonatal no especificada con 65 casos y un porcentaje de (4.0%), como tercera causa fue sepsis bacteriana del recién nacido no especificada, con 22 casos con un porcentaje de (1.3%).

Hospitalización en Pediatría según la lista tabular CIE-10, HRGDV – 2017

10 primeras causas en Egresos Hospitalarios en el Servicio de PEDIATRIA GENERAL- año 2017			
Codigo CIE-10	Lista de Morbilidad	Total Casos	%
N39.0	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	30	8.5
A09.X0	Diarrea acuosa	18	5.1
A09.X	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	14	4.0
J18.0	Bronconeumonía	14	4.0
J18.9	Neumonía, no especificada	14	4.0
J15.9	Neumonía grave	12	3.4
A37.9	Tos ferina, no especificada	12	3.4
J21.9	Bronquiolitis	12	3.4
A05.9	Intoxicación alimentaria bacteriana, no especificada	9	2.5
J15.9	Neumonía grave	7	2.0
Demás causas		211	59.8
Total General		353	100.0

Fuente. - Registro de Egresos Hospitalarios – HRGDV 2017

La morbilidad en el servicio de Pediatría, según Lista Tabular CIE-10, del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega –durante el año 2017, los egresos hospitalarios en este servicio fueron un total de 356 pacientes, las primeras causas de morbilidad fueron: neumonía grave con 30 casos con un porcentaje de (8.5%), seguido de diarrea acuosa con 18 casos con un porcentaje de (5.1%) y tercera causa fue diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso con 14 casos con un porcentaje de (4.0%).

Morbilidad en Hospitalización de Ginecología según la lista tabular CIE-10, HRGDV – 2017

Primeras causas en Egresos Hospitalarios en el Servicio de GINECOLOGIA - año 2017			
Codigo CIE-10	Lista de Morbilidad	Total Casos	%
O82.1	Parto por cesárea de emergencia	377	24,8
O82.9	Parto por cesárea, sin otra especificación	148	9,7
O03.4	Aborto espontáneo, incompleto, sin complicación	99	6,5
O80.9	Parto único espontáneo, sin otra especificación	104	6,8
O20.0	Amenaza de aborto	64	4,2
O82.9	Parto por cesárea, sin otra especificación	49	3,2
Z32.1	Embarazo confirmado	35	2,3
O02.0	Detención del desarrollo del huevo y mola no hidatiforme	30	2,0
Z35.9	Supervisión de embarazo de alto riesgo, sin otra especificación	28	1,8
Demás causas		587	38,6
Total General		1521	100,0

Fuente. - Registro de Egresos Hospitalarios – HRGDV 2017

La morbilidad en el servicio de Ginecología, según Lista Tabular CIE-10, del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega –durante el año 2017, los egresos hospitalarios en este servicio fueron un total de 1521 pacientes, las primeras

**A
S
I
S

2
0
1
7**

causas de morbilidad fueron: parto por cesárea de emergencia, sin otra especificación con 377 casos (24.8%), seguido de parto por cesárea sin otra especificación con 148 casos con (9.7%), y como tercera causa amenaza de aborto con 104 casos con un porcentaje de (6.8%).

Hospitalización en UCI General según la lista tabular CIE-10, HRGDV – 2017

A
S
I
S
2
0
1
7

10 primeras causas en Egresos Hospitalarios en el Servicio de UCI GENERAL - año 2017			
Codigo CIE-10	Lista de Morbilidad	Total Casos	%
S06.9	Traumatismo intracraneal, no especificado	3	4.5
T07.X	Traumatismos múltiples, no especificados	3	4.5
A40.9	Septicemia estreptocócica, no especificada	2	3.0
A41.9	Septicemia, no especificada	2	3.0
I50.0	Insuficiencia cardíaca congestiva	2	3.0
J15.9	Neumonía grave	2	3.0
J96.9	Insuficiencia respiratoria, no especificada	2	3.0
R69.X	Causas de morbilidad desconocidas y no especificadas	2	3.0
S06.9	Traumatismo intracraneal, no especificado	2	3.0
S09.9	Traumatismo de la cabeza, no especificado	2	3.0
Demás causas		45	67.2
Total General		67	100.0

Fuente. - Registro de Egresos Hospitalarios – HRGDV 2017

La morbilidad en el servicio de UCI General, según Lista Tabular CIE-10, del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega – durante el año 2017, los egresos hospitalarios en este servicio fueron un total de 67 pacientes, las primeras causas de morbilidad fueron: traumatismo intracraneal no especificado con 3 casos con (4.5%), seguido de traumatismos múltiples, no especificados con 3 casos (4.5%).

4.2.2. MORTALIDAD HOSPITALARIA

El Perú actualmente tiene aproximadamente una población de 31 millones de habitantes, de los que el 29% corresponde a menores de 15 años y el 9% a mayores de 60 años. La mayoría de su población (78%) vive en zonas urbanas. Para el año 2012, la esperanza de vida al nacer fue de 77 años y la esperanza de vida a los 60 años, es decir, el número de años en promedio que esperaría vivir una persona de 60 años si las condiciones de mortalidad no variaran durante el resto de su vida, fue de 23 años; además, una esperanza de vida saludable de 67 años. La esperanza de vida durante el periodo 2000-2012 ha aumentado en cinco años, pero hay 10 años de vida con molestias crónicas que van a deteriorar la calidad de vida.

Los datos oficiales presentados en el informe de la Organización Mundial de la Salud respecto al Perú ⁽¹⁾ indica el poco dinero invertido en salud, que corresponde al 10-20% del utilizado entre otros países de la región: un gasto per cápita de 300-600 dólares en promedio frente a un gasto que supera los 3 000 dólares.

Los datos de mortalidad son más útiles gracias a un mejor llenado de los certificados de defunción, aunque aún el 30% son completados en forma inapropiada. Los resultados indican que las infecciones respiratorias, los problemas cardiovasculares isquémicos, la cirrosis y los accidentes automovilísticos son los máximos responsables de la mortalidad.

Entonces, el paso adelante que tenemos que dar es trabajar en minimizar los efectos de una calidad de vida disminuida y la pérdida de años de vida potencialmente útil. (1)

Tasa de Mortalidad en Hospitalización General por ciclos de vida, HGDV- del año 2017

Ciclo de Vida	Tasa de Mortalidad 2013			Tasa de Mortalidad 2014			Tasa de Mortalidad 2015			Tasa de Mortalidad 2016			Tasa de Mortalidad 2017		
	N° de Egresos	Fallecidos	TBM	N° de Egresos	Fallecidos	TBM	N° de Egresos	Fallecidos	TBM	N° de Egresos	Fallecidos	TBM	N° de Egresos	Fallecidos	TBM
Neonatales	1534	4	0.26	1582	0	0.00	1771	9	0.51	1744	7	0.40	1716	17	0.99
Infantiles	258	7	2.71	273	24	8.79	79	0	0.00	95	1	1.05	107	0	0.00
Pre Escolares	263	0	0.00	252	3	1.19	167	0	0.00	218	1	0.46	216	0	0.00
Escolares	145	0	0.00	156	0	0.00	135	0	0.00	121	0	0.00	133	0	0.00
Adolescentes	637	0	0.00	713	4	0.56	661	1	0.15	684	1	0.15	589	2	0.34
Adultos	3079	17	0.55	3661	26	0.71	3176	28	0.88	3550	35	0.99	3442	39	1.13
Adultos Mayores	743	45	6.06	1081	103	9.53	796	54	6.78	734	68	9.26	694	98	14.12
Total General	6659	73	1.10	7718	160	2.07	6785	92	1.36	7146	113	1.58	6897	156	2.26

Fuente. - Egresos Hospitalarios – Estadística e Informática HRGDV 2017

Las Causas de Mortalidad en Hospitalización General por ciclos de vida, según Lista Tabular CIE-10, en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega del año 2013 al 2017; en el año 2013 de los 6659 egresos hospitalarios fallecieron 73 con una tasa bruta de (1.10); del año 2014 de 7718 egresos hospitalarios tuvimos 160

fallecidos con una tasa bruta de (2.07) fue el año de mayor mortalidad en comparación con los años anteriores, en el 2015 de un total 6785 egresos fallecieron 92 y para el año 2016 de 7146 egresos fallecieron 113 y el año 2017 de 6897 egresos fallecieron 156. Del grupo de edad que falleció fueron del 65 a más años de edad adulto mayor.

La Edad de fallecimiento en Apurímac 67.5 Años, es una variable que resume las inequidades en salud y nos brinda una idea sobre las brechas existentes a nivel del Perú. Siendo el grupo o ciclo de vida “adulto mayor” el que tiene la tasa más alta de mortalidad (4.38%), seguido del otro grupo vulnerable como es el período “Infantil” con una tasa bruta de mortalidad de 0.82%.

Tasa de Mortalidad en Hospitalización General por Servicios, HRGDV – 2017

Tasa de Mortalidad en Hospitalización General por Servicios -2013-2017															
Servicios	2013			2014			2015			2016			2017		
	N° de Egresos	N° de Fallecidos	Tasa de Mortalidad	N° de Egresos	N° de Fallecidos	Tasa de Mortalidad	N° de Egresos	N° de Fallecidos	Tasa de Mortalidad	N° de Egresos	N° de Fallecidos	Tasa de Mortalidad	N° de Egresos	N° de Fallecidos	Tasa de Mortalidad
Medicina	797	48	6.02	1411	76	5.39	909	59	6.49	901	71	7.88	882	100	11.34
Cirugía	881	9	1.02	915	9	0.98	902	6	0.67	1046	11	1.05	1088	12	1.10
Traumatología	520	1	0.19	520	0	0.00	615	0	0.00	604	4	0.66	450	1	0.22
GinecoObstetricia	2366	1	0.04	2627	0	0.00	2210	3	0.14	2417	2	0.08	2325	3	0.13
Pediatría	389	0	0.00	1762	0	0.00	326	0	0.00	366	0	0.00	353	0	0.00
Neonatología	1649	3	0.18	380	24	6.32	1750	9	0.51	1740	7	0.40	1732	17	0.98
UCI	47	11	23.40	103	51	49.51	73	15	20.55	58	17	29.31	67	23	34.33
Total General	6649	73	1.10	7718	160	2.07	6785	92	1.36	7132	112	1.57	6897	156	2.26

Fuente. - Egresos Hospitalarios – Estadística e Informática HRGDV 2017

La Tasa de Mortalidad neta en Hospitalización General por Servicios, del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega del año 2013 al 2017, el año 2017 se tuvieron 6897, durante el año 2016 de 7132 egresos hospitalarios, se tuvo un total de 113 muertes en todo el hospital con una tasa neta de (1.58), el mayor número de muertes se presentó en el departamento de Medicina con 100 muertes con una tasa de mortalidad de (34.33%) seguido del departamento de UCI General con 23 muertes con una tasa de (11.34), el Departamento de Neonatología con 17 muertes con una tasa de (1.10); de cirugía con 12 muertes que es (0.98%).

Número de Muertes y Tasa Bruta de Mortalidad Hospitalaria, Hospital Guillermo Díaz de la Vega 2013 - 2017



Fuente. - Egresos Hospitalarios – Estadística e Informática HRGDV 2017

La Tasa de Mortalidad en Hospitalización General por Servicios, del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega del año 2013 al 2017, se observa en los últimos años; del año 2013 con un total de 73 con una tasa de (1.05); el año 2014 se tuvieron 160 muertes el mayor número que los años anteriores, con una tasa de (2.07), al 2015 se presentó 92 muertes con una tasa bruta de (1.36%) y el año 2016 se tuvieron 113 muertes con una tasa bruta de mortalidad de (1.58) y el año 2017 se tuvieron 156 muertes con una tasa bruta de (2.26%).

**Causas de Mortalidad en Hospitalización General por grupos de edad,
según Lista Tabular CIE-10, HRGDV – 2017**

“Análisis de la Situación de Salud – Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega”
 Unidad de Epidemiología - OESASO

**A
S
I
S
2
0
1
7**

Código CIE2004	Descripción de causas	Total General	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
J96.0	Insuficiencia respiratoria aguda	16	10.26	10.26
J15.9	Neumonía grave	10	6.41	16.67
I46.9	Paro cardíaco, no especificado	8	5.13	21.79
I50.0	Insuficiencia cardíaca congestiva	8	5.13	26.92
K70.3	Cirrosis hepática alcohólica	6	3.85	30.77
A41.9	Septicemia, no especificada	6	3.85	34.62
P22.0	Síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido	5	3.21	37.82
J96.1	Insuficiencia respiratoria crónica	5	3.21	41.03
N17.9	Insuficiencia renal aguda, no especificada	3	1.92	42.95
I50.9	Insuficiencia cardíaca, no especificada	3	1.92	44.87
K70.1	Hepatitis alcohólica	2	1.28	46.15
A40.9	Septicemia estreptocócica, no especificada	2	1.28	47.44
R69.X	Causas de morbilidad desconocidas y no especificadas	2	1.28	48.72
J69.0	Neumonitis debida a aspiración de alimento o vómito	2	1.28	50.00
J96.9	Insuficiencia respiratoria, no especificada	2	1.28	51.28
N11.0	Pielonefritis crónica no obstructiva asociada con reflujo	2	1.28	52.56
R09.2	Paro respiratorio	2	1.28	53.85
J96.9	Insuficiencia respiratoria, no especificada	2	1.28	55.13
P28.5	Insuficiencia respiratoria del recién nacido	2	1.28	56.41
O36.4	Atención materna por muerte intrauterina	1	0.64	57.05
P20.1	Hipoxia intrauterina notada por primera vez durante el trabajo de parto y el parto	1	0.64	57.69
I21.1	Infarto transmural agudo del miocardio de la pared inferior	1	0.64	58.33
I25.2	Infarto antiguo del miocardio	1	0.64	58.97
I50.9	Insuficiencia cardíaca, no especificada	1	0.64	59.62
K56.6	Otras obstrucciones intestinales y las no especificadas	1	0.64	60.26
R09.2	Paro respiratorio	1	0.64	60.90
R27.8	Otras fallas de la coordinación y las no especificadas	1	0.64	61.54
R99.X	Otras causas mal definidas y las no especificadas de mortalidad	1	0.64	62.18
I46.1	Muerte cardíaca súbita, así descrita	1	0.64	62.82
A41.8	Otras septicemias especificadas	1	0.64	63.46
A42.7	Septicemia actinomicótica	1	0.64	64.10
Demás causas		56	35.90	100.00
Total General		156	100.00	

Fuente. - Registro de Egresos Hospitalarios – HRGDV 2017

Las Causas de Mortalidad en Hospitalización General por grupos de edad, según Lista Tabular CIE-10, del hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega 2017; siendo la causa principal de defunción en general en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega fue por insuficiencia respiratoria aguda con 16 casos con un porcentaje de (10.26%) su mayor impacto en la etapa de vida adulto mayor; seguido de neumonía grave con 10 casos con un porcentaje de (6.41%) y tercera causa por paro cardíaco no especificado con 8 casos con un (5.13%).

**Primeras Causas de Mortalidad en Hospitalización del
 Servicio de UCI General, según Lista Tabular CIE-10, HRGDV – 2017**

Código CIE	Descripción de causas	Total General	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
A40.9	Septicemia estreptocócica, no especificada	2	8.70	8.70
A41.9	Septicemia, no especificada	2	8.70	17.39
I50.0	Insuficiencia cardíaca congestiva	2	8.70	26.09
J96.9	Insuficiencia respiratoria, no especificada	2	8.70	34.78
R69.X	Causas de morbilidad desconocidas y no especificadas	2	8.70	43.48
E84.1	Fibrosis quística con manifestaciones intestinales	1	4.35	47.83
G93.6	Edema cerebral	1	4.35	52.17
I10.X	Hipertensión esencial	1	4.35	56.52
I46.9	Paro cardíaco, no especificado	1	4.35	60.87
I61.2	Hemorragia intracerebral en hemisferio, no especificada	1	4.35	65.22
J96.1	Insuficiencia respiratoria crónica	1	4.35	69.57
K35.0	Apendicitis aguda con peritonitis generalizada	1	4.35	73.91
K83.9	Enfermedad de las vías biliares, no especificada	1	4.35	78.26
N17.9	Insuficiencia renal aguda, no especificada	1	4.35	82.61
R10.0	Abdomen agudo	1	4.35	86.96
R27.8	Otras fallas de la coordinación y las no especificadas	1	4.35	91.30
R57.0	Choque cardiogénico	1	4.35	95.65
S06.20	Traumatismo cerebral difuso, sin herida intracraneal	1	4.35	100
Total general		23	100	

Fuente. - Registro de Egresos Hospitalarios – HRGDV 2017

Primeras Causas de Mortalidad en UCI General, del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega al 2017, de un total de 156 fallecidos 23 fueron muertes de UCI General; la primera causa de mortalidad fue septicemia estreptocócica no especificada con 2 casos, seguido de septicemia especificada con 2 casos y tercera causa fue insuficiencia cardíaca congestiva con 2 casos.

Servicio de Medicina, según Lista Tabular CIE-10, HRGDV – 2017

Primeras causas de Mortalidad en el Servicio de MEDICINA GENERAL - año 2017				
Codigo CIE-10	Lista de Morbilidad	Casos	%	%ACUM.
J96.0	Insuficiencia respiratoria aguda	13	13,0	13,0
J15.9	Neumonía grave	10	10,0	23,0
K70.3	Cirrosis hepática alcohólica	6	6,0	29,0
I46.9	Paro cardíaco, no especificado	5	5,0	34,0
I50.0	Insuficiencia cardíaca congestiva	5	5,0	39,0
J96.1	Insuficiencia respiratoria crónica	4	4,0	43,0
I50.9	Insuficiencia cardíaca, no especificada	3	3,0	46,0
A41.9	Septicemia, no especificada	2	2,0	48,0
K70.1	Hepatitis alcohólica	2	2,0	50,0
N17.9	Insuficiencia renal aguda, no especificada	2	2,0	52,0
I64.X	Accidente vascular encefálico agudo, no especificado como hemorrágico o isquémico	2	2,0	54,0
I82.8	Embolia y trombosis de otras venas especificadas	2	2,0	56,0
J69.0	Neumonitis debida a aspiración de alimento o vómito	2	2,0	58,0
J96.9	Insuficiencia respiratoria, no especificada	2	2,0	60,0
K70.4	Insuficiencia hepática alcohólica	2	2,0	62,0
N11.0	Pielonefritis crónica no obstructiva asociada con reflujo	2	2,0	64,0
R09.2	Paro respiratorio	2	2,0	66,0
A41.8	Otras septicemias especificadas	1	1,0	67,0
A42.7	Septicemia actinomicótica	1	1,0	68,0
A49.9	Infección bacteriana, no especificada	1	1,0	69,0
B15.0	Hepatitis aguda tipo A, con coma hepático	1	1,0	70,0
B81.3	Angiostrongiliasis intestinal	1	1,0	71,0
Demas causas		29	29,0	100,0
Total General		100	100	

Fuente. - Registro de Egresos Hospitalarios – HRGDV 2017

Primeras Causas de Mortalidad en el servicio de medicina del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega 2017, de un total de 156 fallecidos 100 que corresponde a (62.8%); la primera causa de muerte fue por insuficiencia respiratoria aguda con 13 casos con un porcentaje de (13.0%), seguido de neumonía grave con 10 casos con un porcentaje de (10.0%) y como tercera causa cirrosis hepática alcohólica con 6 casos un porcentaje de (6.0%).

Servicio de Cirugía, según Lista Tabular CIE-10, HRGDV – 2017

Primeras causas de Mortalidad en el Servicio de CIRUGIA GENERAL - año 2017				
Codigo CIE	Lista de Morbilidad	Casos	%	%ACUM
J189	Neumonía, no especificada	1	8,33	8,33
A419	Sepsis, no especificada	1	8,33	16,67
C189	Tumor maligno del colon, parte no especificada	1	8,33	25,00
J960	Insuficiencia respiratoria aguda	1	8,33	33,33
R278	Otras fallas de la coordinación y las no especificadas	1	8,33	41,67
I252	Infarto antiguo del miocardio	1	8,33	50,00
K566	Otras obstrucciones intestinales y las no especificadas	1	8,33	58,33
A419	Sepsis, no especificada	1	8,33	66,67
I211	Otras causas mal definidas y las no especificadas de mortalidad	1	8,33	75,00
J960	Paro cardiaco, no especificado	1	8,33	83,33
R99X	Insuficiencia cardiaca, no especificada	1	8,33	91,67
I469	Paro respiratorio	1	8,33	100,00
Total General		12	100,00	

Fuente. - Registro de Egresos Hospitalarios – HRGDV 2017

Primeras Causas de Mortalidad en el servicio de Cirugía, del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega al año 2017, de un total de 156 fallecidos hospitalarios se tuvieron 12 fallecidos con un porcentaje de (100 %); como primera causa de mortalidad fue por Neumonía no especificada con 1 caso con (8.33%), sepsis no especificada, tumor maligno de colon, parte no especificada.

Servicio de Traumatología, según Lista Tabular CIE-10, HRGDV – 2017

CodigoCIE2004	Descripcion	Total
K56.6	Otras obstrucciones intestinales y las no especificadas	1

Fuente. - Registro de Egresos Hospitalarios – HRGDV 2017

Primeras Causas de Mortalidad en el servicio de traumatología, del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega al año 2017, de un total de 156 fallecidos hospitalarios se tuvieron 01 fallecidos con un porcentaje de (3.75%); la causa de muerte fue por otras obstrucciones intestinales y las no especificadas con 1 caso.

**Primeras Causas de Mortalidad en Hospitalización del
 Servicio de Neonatología, según Lista Tabular CIE-10, HRGDV – 2017**

**A
S
I
S
2
0
1
7**

Código CIE	Descripción de causas	Total General	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
P22.0	Síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido	5	29.4	29.4
P28.5	Insuficiencia respiratoria del recién nacido	2	11.8	41.2
I50.0	Insuficiencia cardíaca congestiva	1	5.9	47.1
J96.0	Insuficiencia respiratoria aguda	1	5.9	52.9
P26.9	Hemorragia pulmonar no especificada, originada en el período perinatal	1	5.9	58.8
P28.5	Insuficiencia respiratoria del recién nacido	1	5.9	64.7
P36.8	Sepsis del recién nacido debida a otras bacterias	1	5.9	70.6
I46.9	Paro cardíaco, no especificado	1	5.9	76.5
P07.2	Inmadurez extrema	1	5.9	82.4
P23.9	Neumonía congénita, organismo no especificado	1	5.9	88.2
P36.8	Sepsis del recién nacido debida a otras bacterias	1	5.9	94.1
P36.9	Sepsis bacteriana del recién nacido, no especificada	1	5.9	100
Total general		17	100	

Fuente. - Registro de Egresos Hospitalarios – HRGDV 2017

Las Primeras Causas de Mortalidad en neonatología, del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega 2017, del total de 156 fallecidos se tuvieron 17 fallecidos, la primera causa de mortalidad hospitalaria fue por síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido, con 5 casos con (29.4%), seguido de insuficiencia respiratoria del recién nacido 2 casos con (11.8%), y tercera causa con insuficiencia cardíaca congestiva.

SITUACION DE LAS ENFERMEDADES DE NOTIFICACION OBLIGATORIA AÑO 2017

En 1962, Alexander Langmuir en la conferencia ya referida, definió la vigilancia epidemiológica como: “La observación activa y permanente de la distribución y tendencias de la incidencia mediante la recolección sistemática, la consolidación y la evaluación de informes de morbilidad y mortalidad, así como de otros datos relevantes. A la distribución de los datos básicos y su interpretación. Esta corresponde a las autoridades de salud local y del estado. Por su parte Karel Raska, en 1966, dio la siguiente definición: “El estudio epidemiológico de una enfermedad considerada como un proceso dinámico que abarca la ecología del agente infeccioso, el hospedero, los reservorios y vectores, así como los complejos mecanismos que intervienen en la propagación de la infección y en el

grado de dicha propagación”. El mismo Raska, sin embargo, en el mencionado artículo, dice que la vigilancia es: “El estado de alerta permanente para registrar, rastrear y evaluar no sólo la ocurrencia de una enfermedad sino también su propagación en la población humana y en los animales cuando estos intervengan en el ciclo de la infección.” En el esquema de discusión propuesto por la OMS para las Discusiones Técnicas, en 1968-“Vigilancia epidemiológica nacional y mundial de las enfermedades transmisibles al escrutinio permanente y la observación activa de la distribución y propagación de las infecciones y factores relacionados, con suficiente exactitud en calidad y cantidad para ser pertinentes para un control eficaz.” (1)

Al margen de este sistema oficial de vigilancia, en los últimos años se han ido desarrollando fuentes y procedimientos informativos de gran interés sanitario como los registros de las no transmisibles, como el cáncer, las estadísticas de accidentes de tránsito o las de contaminación atmosférica. A su vez, la elaboración de políticas en las que se comprometen objetivos de salud, que demandan también instrumentos informativos capaces de racionalizar tales objetivos y de permitir la evaluación de las intervenciones llevadas a cabo para corregirlos. Se describen, pues los principales sistemas de información útiles para la vigilancia. Se informa los resultados de la vigilancia epidemiológica del hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega.

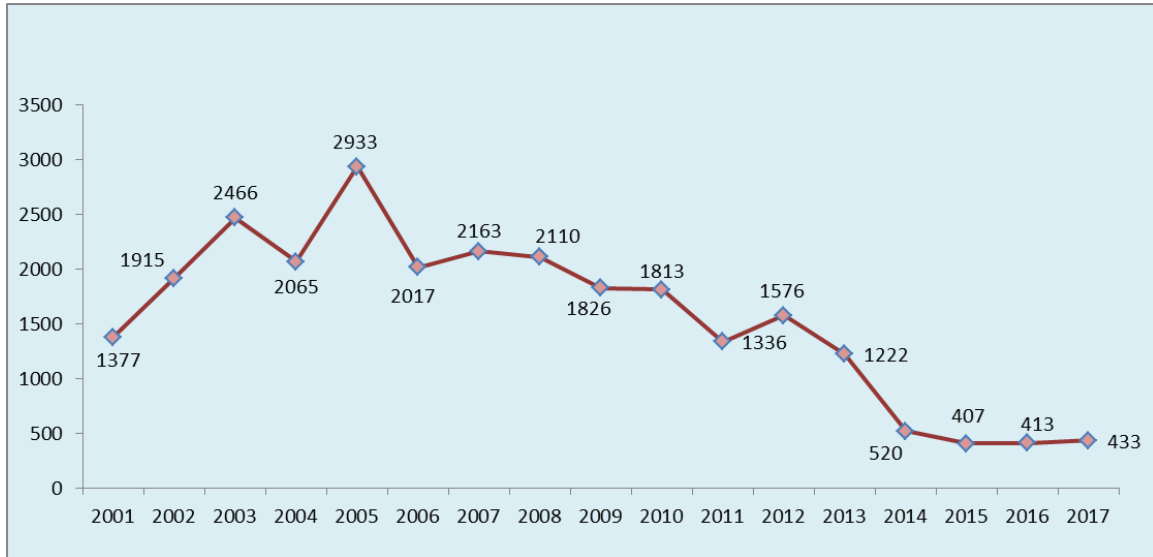
**SITUACION EPIDEMIOLOGICA DE INFECCIONES RESPIRATORIAS
AGUDAS IRAs-NEUMONIAS, SOBA/ASMA HOSPITAL REGIONAL
GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA AÑO 2017**

A
S
I
S
2
0
1
7

Según la Organización Mundial de la Salud, a nivel mundial la neumonía es la principal causa individual de mortalidad infantil en todo el mundo. Se calcula que la neumonía cobro las vidas de 920.136 niños menores de 5 años en el 2015, lo que supone el 15% de todas las defunciones de niños menores de 5 años en todo el mundo. En términos generales su prevalencia es mayor en el África subsahariana y Asia meridional Se estima que la incidencia en niños menores de 5 años por Neumonía es de 0,29 episodios por niño y año en los países en desarrollo y de 0,05 episodios por niño y año en los países desarrollados; lo cual nos permite estimar unos 156 millones de episodios nuevos cada año en todo el mundo, de los cuales 151 millones se registran en las sociedades en vías en desarrollo. La mayoría de los casos se dan en la India (43 millones), China (21 millones), Pakistán (10 millones), aunque también se reportan cifras altas en Bangladesh, Indonesia y Nigeria (6 millones cada uno). De todos los casos reportados de un 7% a un 13% son lo bastante graves para poner en peligro la vida del y requerir hospitalización. La neumonía provoca aproximadamente un 19% de todas las defunciones entre los niños menores de cinco años, y más del 70% de esas muertes se producen en el África subsahariana y en Asia sudoriental. Varios estudios demuestran que los principales factores de riesgo de neumonía son la falta de lactancia materna exclusiva, la desnutrición, la contaminación del aire en locales cerrados, el bajo peso al nacer, el hacinamiento y la falta de inmunización; sin embargo, por la dificultad que existe en el proceso de la extracción de muestras en pacientes menores a 5 años, la evidencia disponible es aún limitada; estudios recientes 2 señalan que la bacteria *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* y el virus sincitial respiratorio serían los principales agentes patógenos asociados a la neumonía en la niñez. En el Perú, hasta la SE 17, se han notificado 751473 episodios de IRA en menores de 5 años lo que representa una incidencia acumulada (IA) de 2654,4 por cada 10000 menores mayores de 5 años. Comparativamente con el 2016, los episodios de IRA han disminuido en un 2,9%, siendo el departamento de Callao el que presenta

el mayor descenso en un 10,6%, mientras que el departamento de Junín se ha incrementado el número de episodios en un 15,9%.

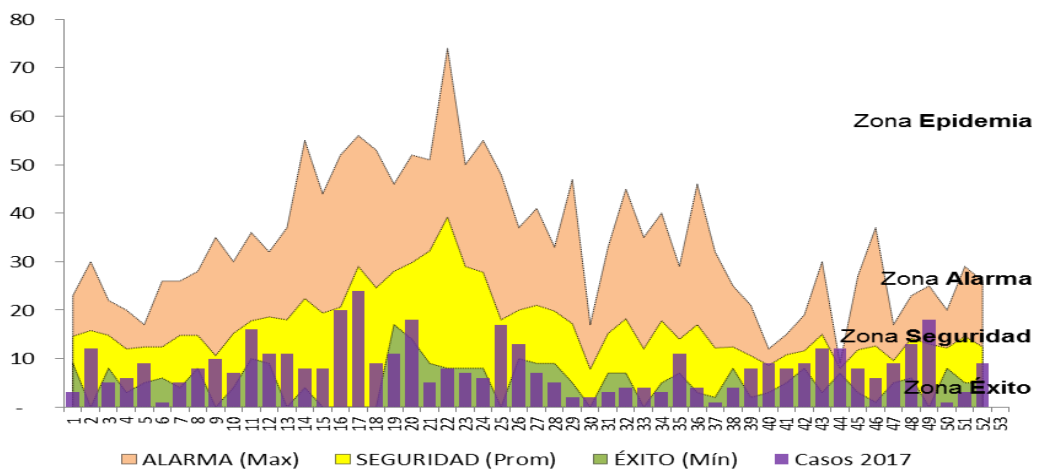
Tendencia de IRAs en General del 2001 al 2017



Fuente: Unidad de Epidemiología HRGDV 2017

La demanda de atenciones por episodios de infecciones respiratorias en general desde el año 2001 al 2017 ha ido disminuyendo por ser un hospital Referencial. Recibe a los pacientes que son referidos por los diferentes establecimientos de primer nivel, puestos de salud y centros de salud de la población de Apurimac.

Canal Endémico de IRAs en General por semana Epidemiológica HRGDV 2017



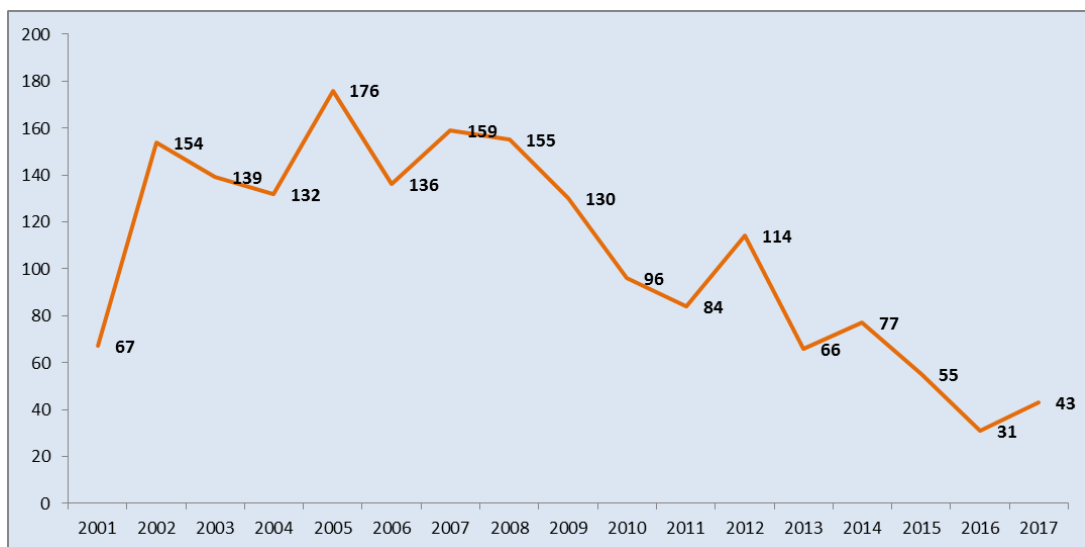
Fuente: Unidad de Epidemiología HRGDV 2017

El Canal Endémico comparativo con los años anteriores de Casos de IRAs en menores de 4 años (Rinogaringitis Aguda, y Rinofaringitis e IRAs en general), atendidos en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega al año 2017; a la semana 53 de la vigilancia epidemiológica la tendencia del comportamiento del canal endémico de casos de IRA llegaron a 433 episodios de Rinofaringitis se observa existe un incremento de casos por semanas a comparación con el año anterior llegando al área de seguridad por los cambios climáticos producidos durante el año.

**A
S
I
S

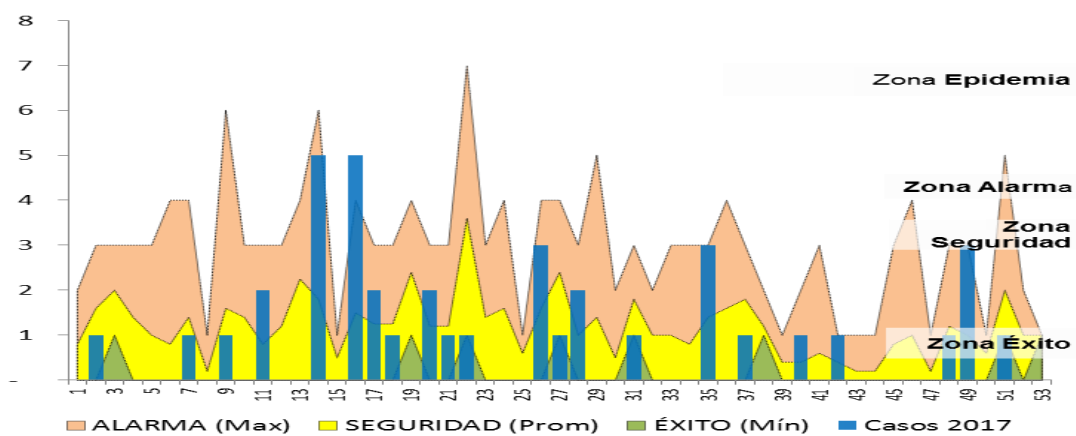
2
0
1
7**

Tendencia de IRAs en < de 2 M del 2001 al 2017



Fuente: Unidad de Epidemiología HRGDV 2017

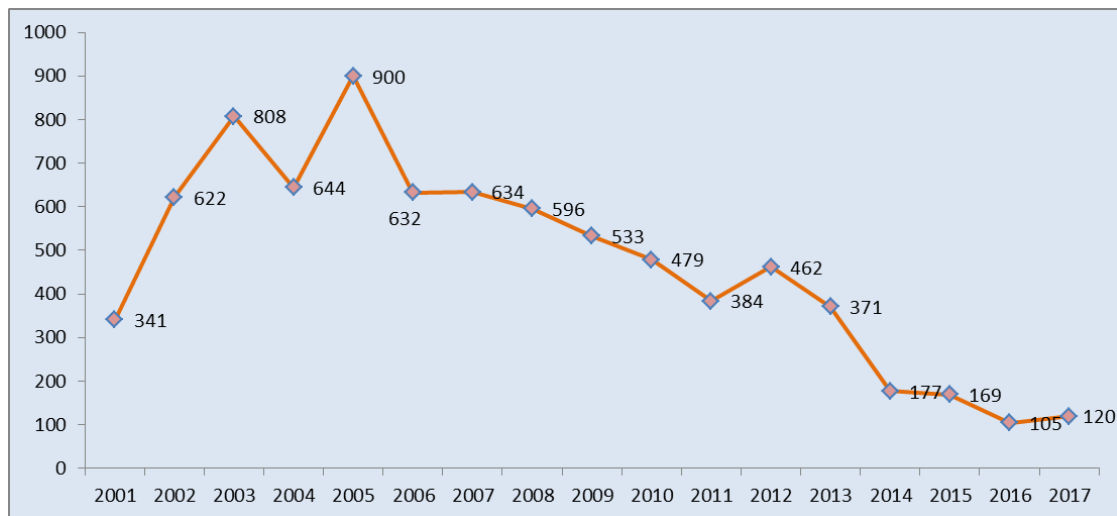
Canal Endémico de IRAs < 2 Meses Por semana epidemiológica HRGDV 2017



Fuente: Unidad de Epidemiología HRGDV 2017

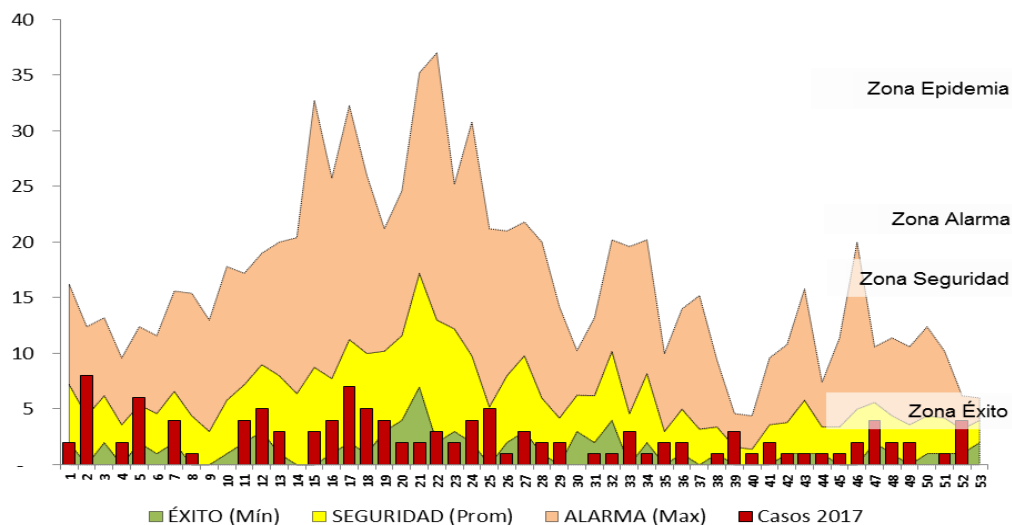
El Canal Endémico comparativo con los años anteriores de Casos de IRAs en el grupo de edad en menores de 2 meses, atendidos en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega al año 2017; a la semana 52 de la vigilancia epidemiológica se tuvieron 43 episodios de IRAs, observándose curvas epidémicas de Rinofaringitis agudas en la semanas del 13 al 17 y 33 al 35; en el resto de las semanas epidemiológicas la curva de las tendencias estuvieron en zonas no epidémicas

Tendencia de IRAs de 2 a 11 M del 2001 al 2017



Fuente: Unidad de Epidemiología HRGDV 2017

Canal Endémico de casos de IRAs de 2-11 meses por semana Epidemiológica HRGDV 2017.

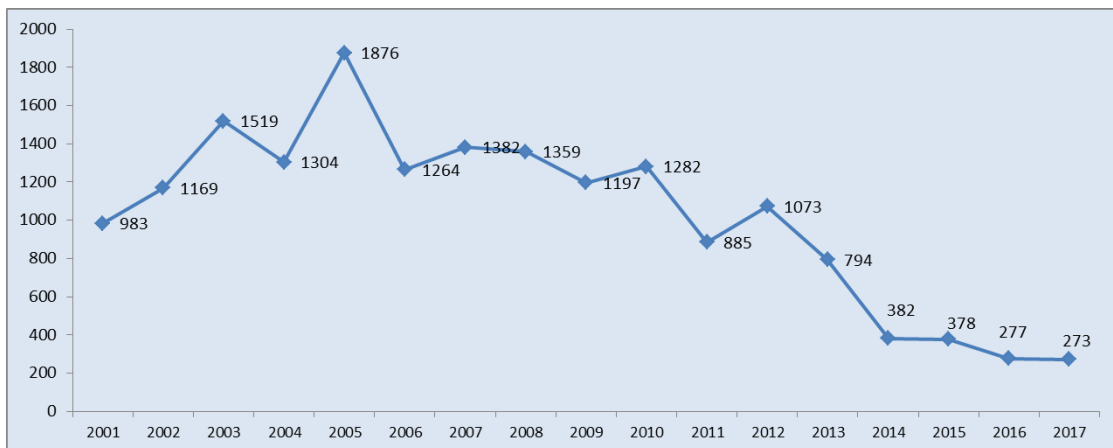


Fuente: Unidad de Epidemiología HRGDV 2017

El Canal Endémico comparativo con los años anteriores de Casos de IRAs en el grupo de edad de 2 a 11 meses, atendidos en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega al año 2017; a la semana 53 de la vigilancia epidemiológica se tuvieron 120 episodios de IRAs de casos de Rinofaringitis agudas curvas de las tendencias en zonas no epidémicas.

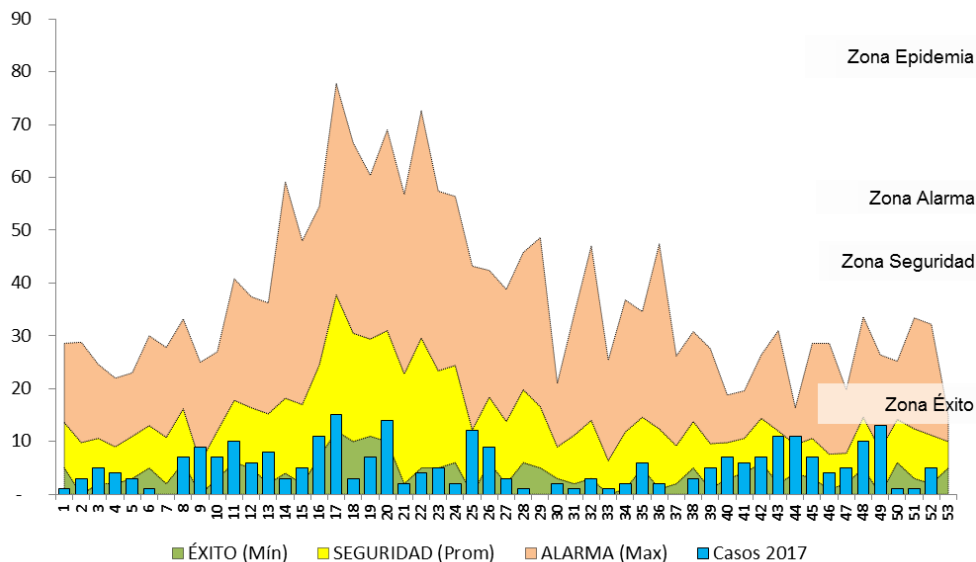
**A
S
I
S
2
0
1
7**

Tendencia de IRAs de 1 a 4 años del 2001 al 2017



Fuente: Unidad de Epidemiología HRGDV 2017

Canal Endémico de IRAs de 1 a 4 años por semana epidemiológica HRGDV 2017



Fuente: Unidad de Epidemiología HRGDV 2016

El Canal Endémico comparativo con los años anteriores de Casos de IRAs en el grupo de edad de 1 a 4 años, atendidos en el Hospital Regional Guillermo Díaz

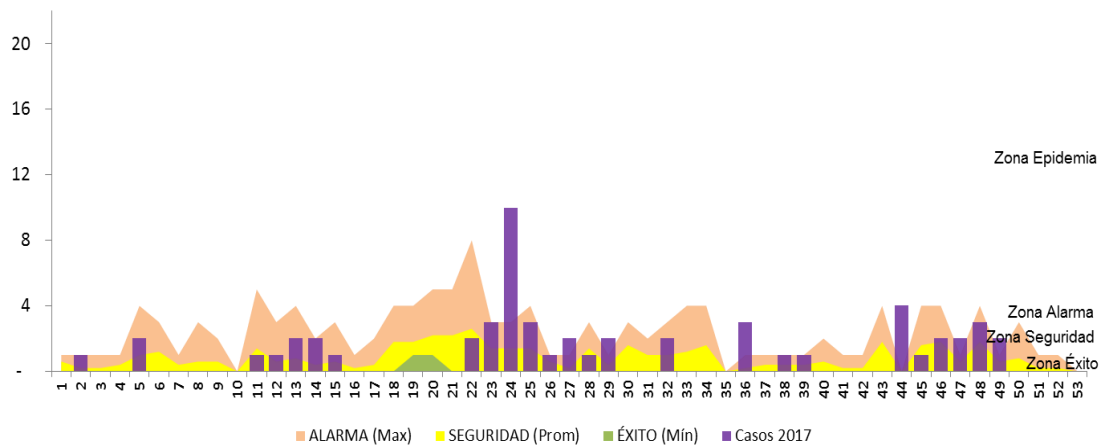
de la Vega al año 2017; a la semana 53 de la vigilancia epidemiológica se tuvieron 273 episodios de IRAs, casos de Rinofaringitis agudas se observa curvas de las tendencias en zonas no epidémicas. Este año no se presentaron picos epidémicos.

Tendencia de NEUMONIAS en General del 2001 al 2017



Fuente: Unidad de Epidemiología HRGDV 2017

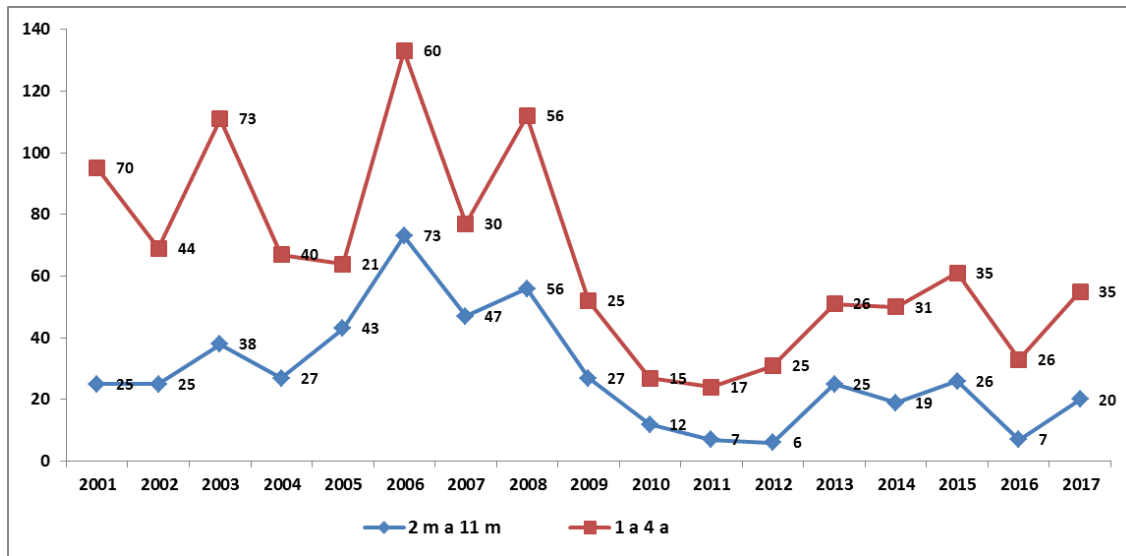
Canal Endémico de NEUMONIAS en General HRGDV 2001 al 2017



Fuente: Unidad de Epidemiología HRGDV 2017

El Canal Endémico comparativo con los años anteriores de Casos de Neumonías en menores de 4 años (neumonías virales adquiridas en la comunidad), atendidos en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega al año 2017; a la semana 53 de la vigilancia epidemiológica se tuvo 55 de episodios de neumonías a comparación del año pasado.

Tendencia de Neumonías de 2 a 11 M y de 1 a 4 años del 2001 al 2017



Fuente: Unidad de Epidemiología HRGDV 2017

A
S
I
S

2
0
1
7

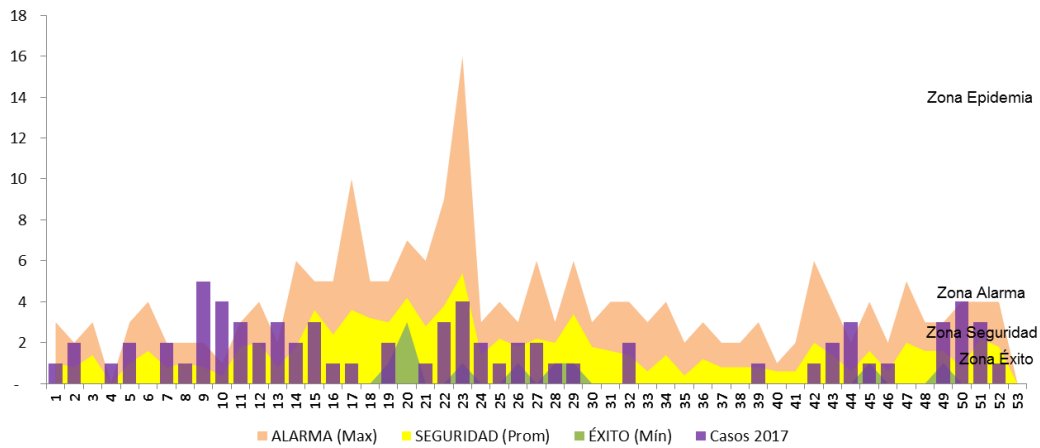
Comparativo con los años anteriores – de Casos de Neumonías en menores de 2 a 11 meses y de 1 a 4 años (neumonías viral adquirida en la comunidad), atendidos en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega al año 2017; a la semana 53 de 2 meses a 11 meses se presentaron se presentaron 20 episodios de neumonías, y de 1 a 4 años se presentaron 35 casos.

Tendencia de Neumonías Graves < de 4 años del 2001 al 2017

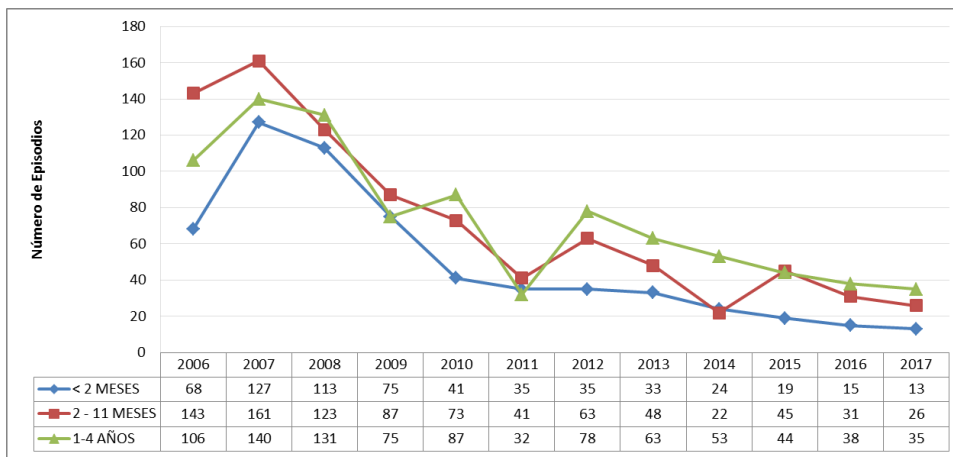
AÑOS	< 2 MESES	2 - 11 MESES	1-4 AÑOS
2006	68	143	106
2007	127	161	140
2008	113	123	131
2009	75	87	75
2010	41	73	87
2011	35	41	32
2012	35	63	78
2013	33	48	63
2014	24	22	53
2015	19	45	44
2016	15	31	38
2017	13	26	35

Fuente: Unidad de Epidemiología HRGDV 2017

“Análisis de la Situación de Salud – Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega”
 Unidad de Epidemiología-OESASO

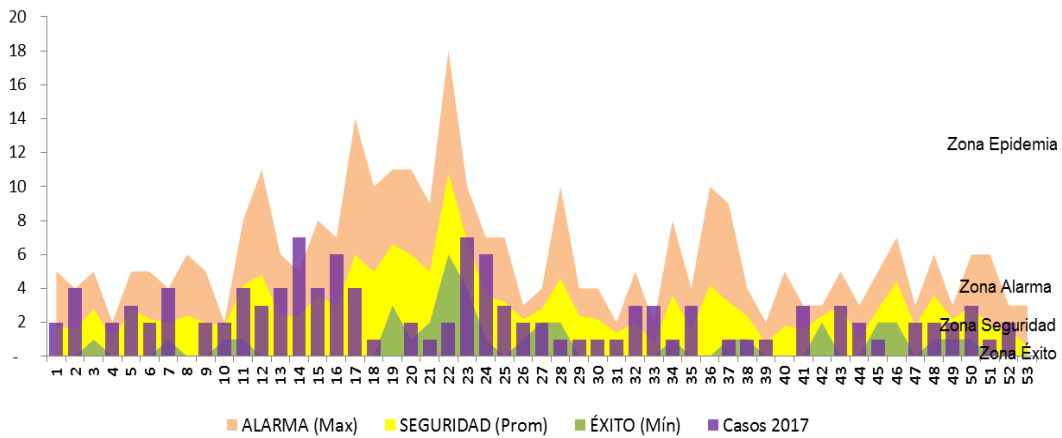


Fuente: Unidad de Epidemiología HRGDV 2017



El Canal Endémico comparativo con los años anteriores de Casos de Neumonías graves en menores de 4 años que requirieron hospitalización (neumonías bacteriana y viral adquirida en la comunidad), atendidos en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega al año 2017; a la semana 53 de la vigilancia epidemiológica se presentaron en de 1 a 4 años 35 casos, seguido de 2 a 11 meses 26 episodios de neumonías y de < de 2 meses 13 episodios.

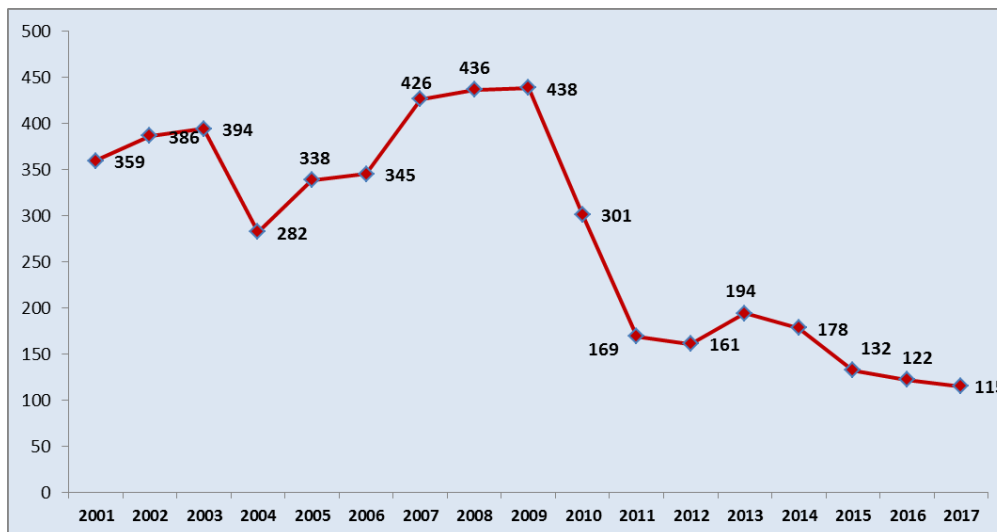
CANAL ENDEMICO DE CASOS DE SOBA/ASMA 2017



**A
S
I
S

2
0
1
7**

Canal Endémico de SOBAS/ASMA < 4 años por semana Epidemiológica HRGDV 2017



La tendencia del Canal Endémico comparando con los años anteriores de Casos de SOBA/ASMA en menores de 4 años, notificadas por semanas epidemiológicas 2017; al análisis de la curva de la tendencia a la semana 52 se presentaron 122 casos; la mayor frecuencia de las semanas notificadas llegamos hasta la zona de seguridad no se presentaron picos epidémicos.

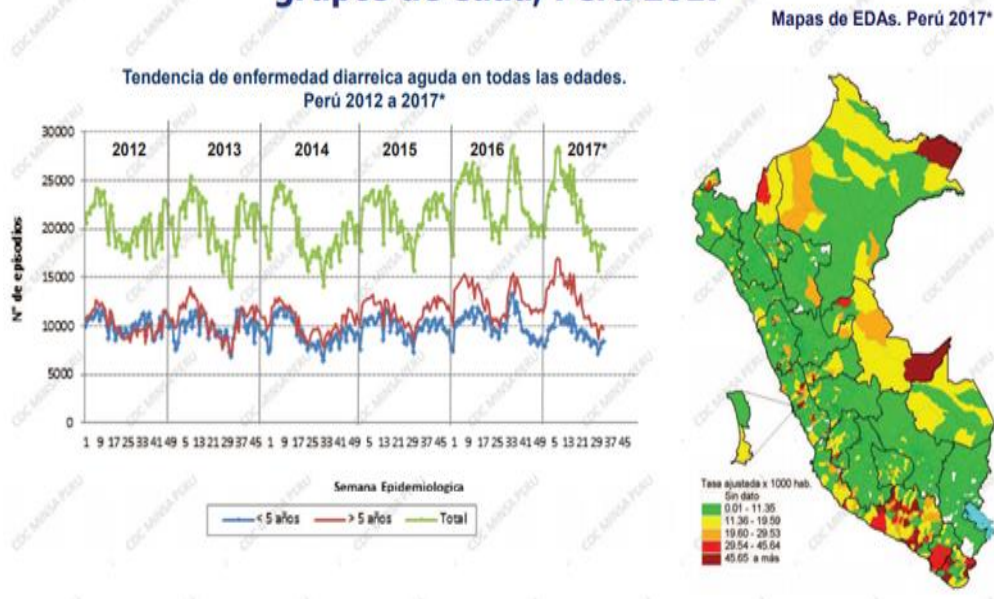
SITUACION EPIDEMIOLOGICA DE LAS ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS HRGDV 2017.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) desde hace varios años se ocupa, con particular atención, en la lucha contra las infecciones intestinales de diferentes etiologías entre las que se incluyen las producidas por parásitos. En cada lugar hay un microorganismo patógeno que trata de buscar un huésped para su evolución o su existencia; estos organismos microscópicos se localizan en diferentes partes de tejidos, algunos son inofensivos, otros producen lesiones que trastornan las funciones vitales. (2)

En los países subdesarrollados una infección diarreica por agente viral puede ser mortal. Se estima que en los países en vía de desarrollo se infectan cada año 100 millones de niños por rotavirus y de 600.000 a 1 millón fallecen a causa de la gastroenteritis por este virus. (2)

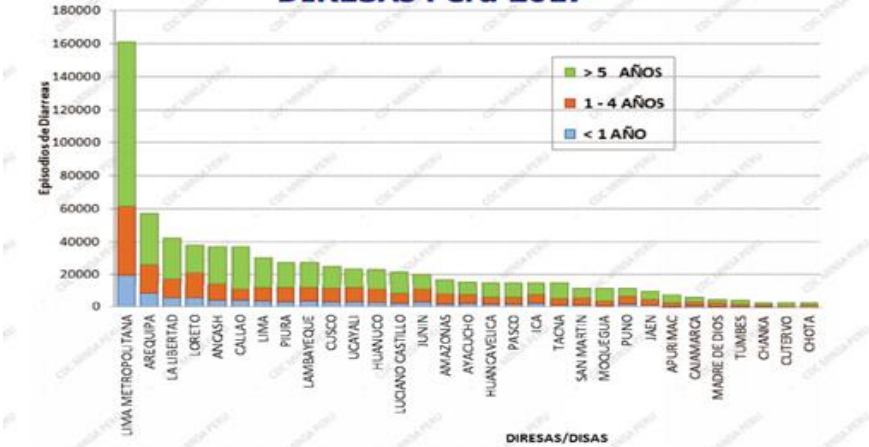
En el Perú la tendencia de los episodios de enfermedades diarreicas agudas (EDA) en los últimos 06 años (2012-2017), en las personas mayores de 5 años, es al incremento; situación contraria ocurre en los menores de 5 años, donde la tendencia es al descenso; además las EDA presentan un patrón estacional, cuya mayor incidencia ocurre en las temporadas cálidas.

Enfermedad diarreica aguda (acuosa + disintérica) por grupos de edad, Perú 2017*

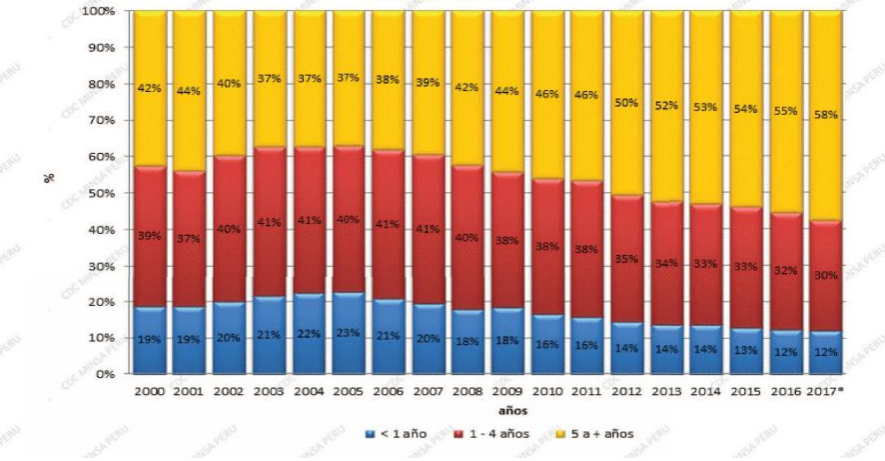


**A
S
I
S
2
0
1
7**

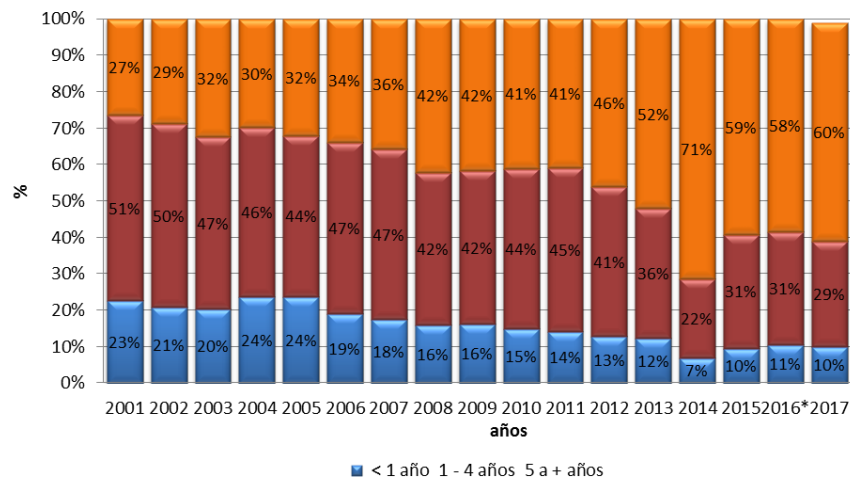
Episodios de diarreas agudas según grupo de edad por DIRESAs Perú 2017*



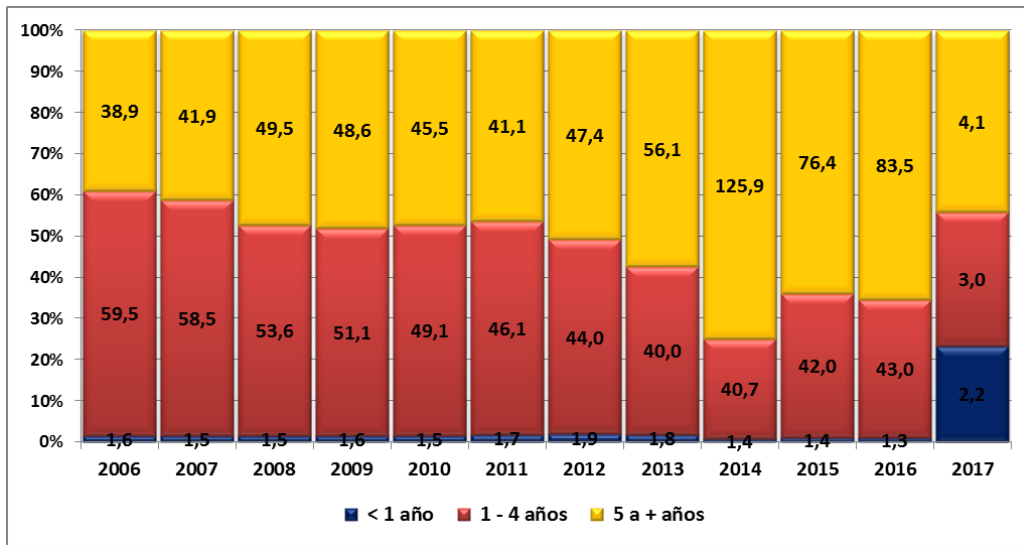
Porcentaje de diarreas agudas según grupo de edad y años, Perú 2017*



Porcentaje de diarreas agudas según grupos de edad y años Apurimac 2017



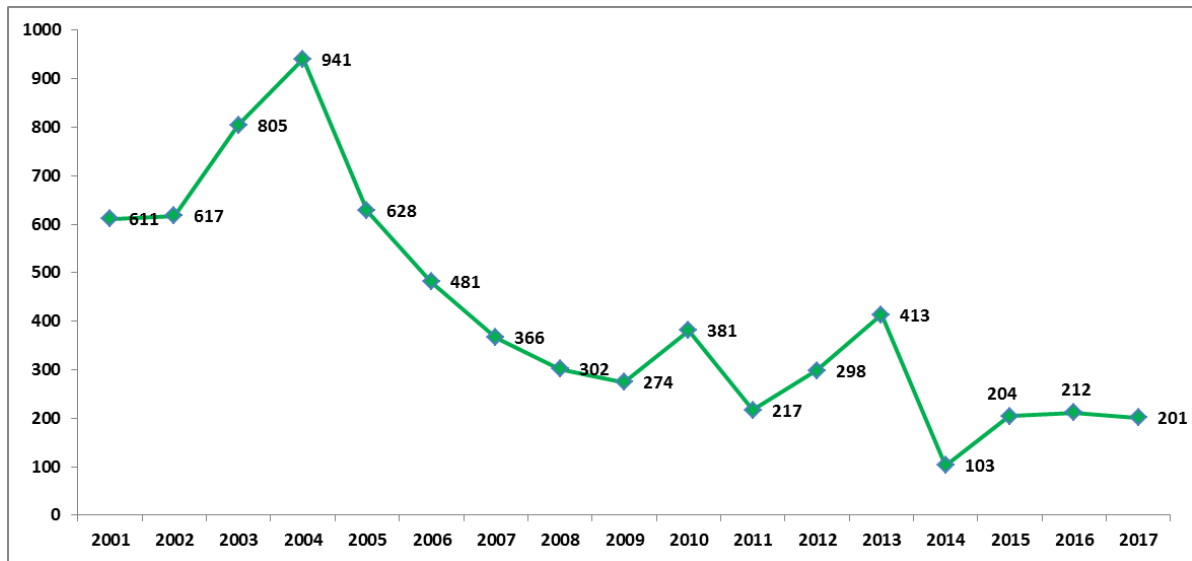
**Porcentaje de diarreas agudas segun grupos de edad
 Y años del HRGDVA 2017**



A
S
I
S

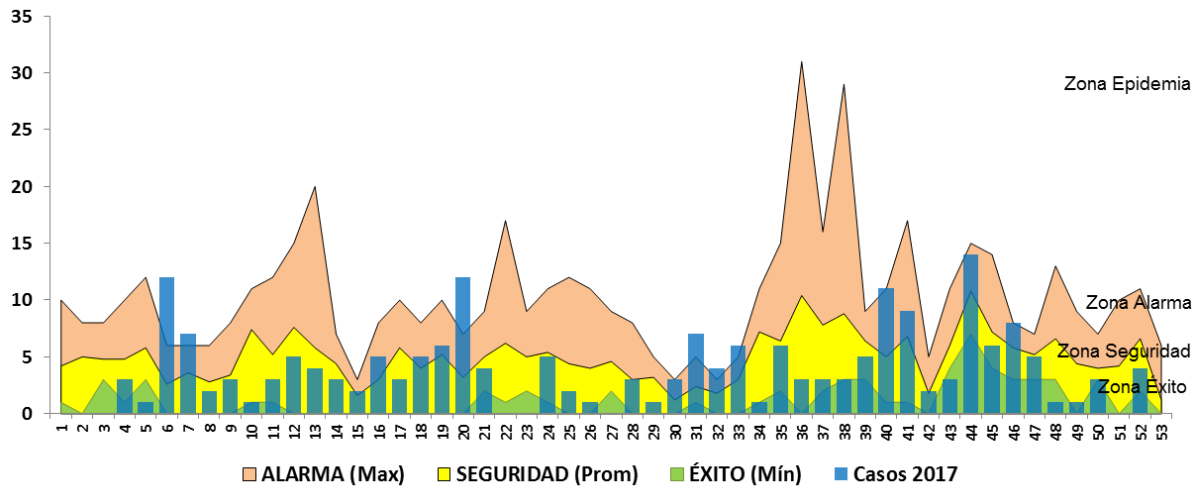
2
0
1
7

Tendencia de EDAs Acuosas en General del 2001 al 2017



Fuente: Unidad de Epidemiología HRGDV 2017

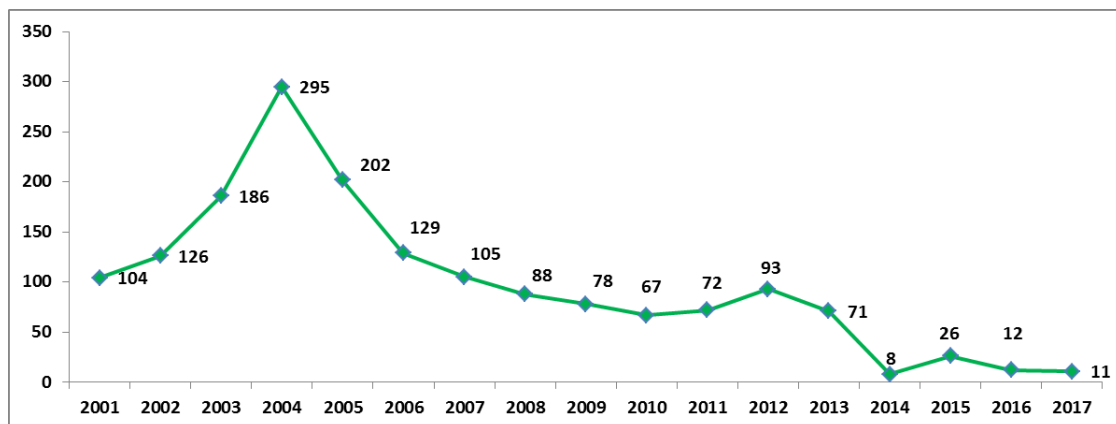
**Canal endémico de EDAS ACUOSAS en General por semana
 Epidemiológica HRGDV -2017.**

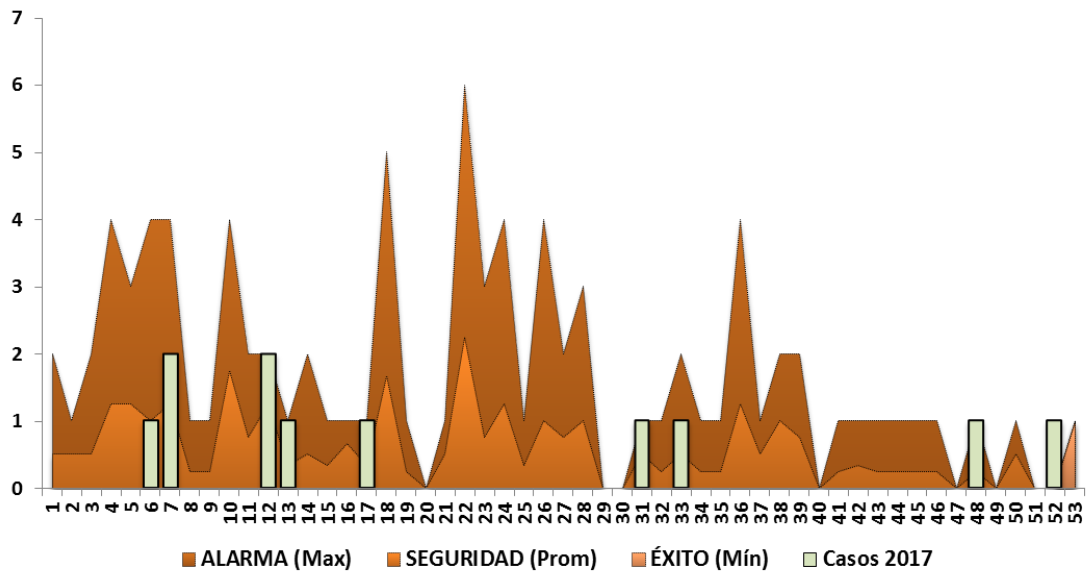


Fuente: Unidad de Epidemiología HRGDV 2017

Canal Endémico de Casos de Enfermedades Diarreicas Agudas Acuosas en general por semana epidemiológica del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega 2017; Se presentaron 201 casos y la tendencia de la curva endémica no se presentaron picos de epidémicos no se presentaron brotes de enfermedades diarreicas acuosas. Mayormente la demanda de atenciones con casos de episodios de diarreas la demanda de atención de mayor frecuencia proceden de generalmente de barrios urbano marginales tales como de la Urbanización las Américas, Bellavista baja, alta, FONAVI, Patibamba baja, Tamburco, Ilanya, Condebamba y algunos lugares de Pueblo Joven.

**Canal endémico de EDAS ACUOSAS, < de 1 año por semana epidemiológica
 HRGDV-2017.**

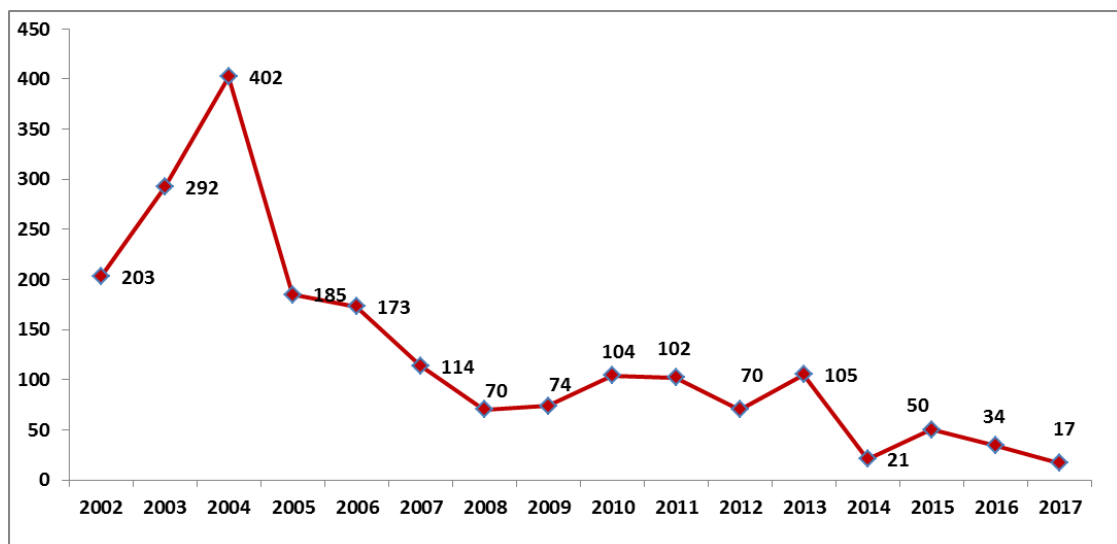




Fuente: Unidad de Epidemiología HRGDV 2017

Canal Endémico de Casos de Enfermedades Diarreicas Agudas Acuosa en menores de 1 año por semana epidemiológica del Hospital regional Guillermo Díaz de la Vega 2017, a la semana 53 se presentaron 11 episodios de diarreas agudas acuosa no se presentaron picos epidémicos, como se observa la tendencia de edas acuosa va disminuyendo.

Tendencia de EDAs Acuosa de 1 a 4 años del 2001 al 2017

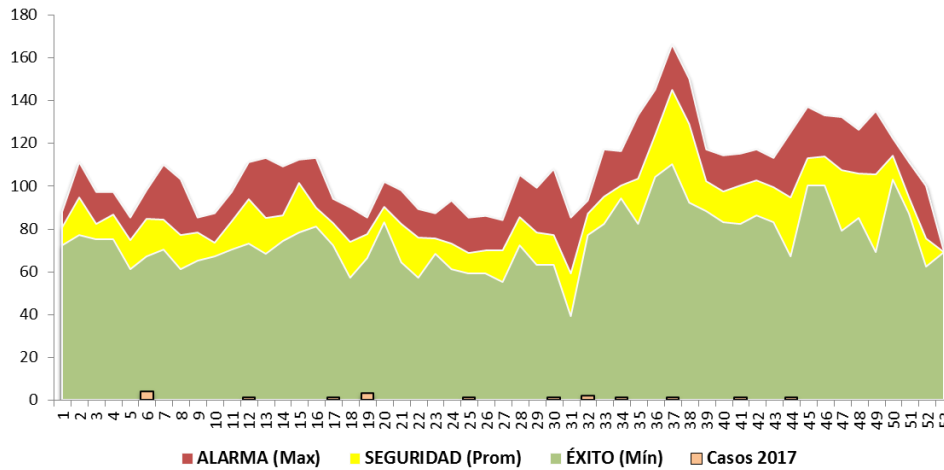


Fuente: Unidad de Epidemiología HRGDV 2017

Canal endémico de EDAs Acuosa, de 1 a 4 años por semana epidemiológica HRGDV -2017

A
S
I
S

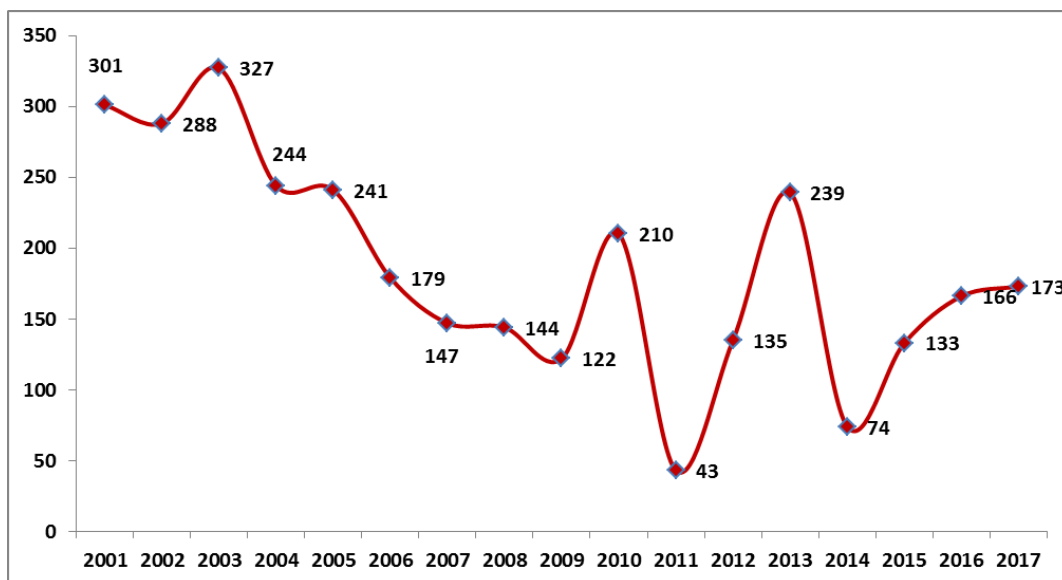
2
0
1
7



Fuente: Unidad de Epidemiología HRGDV 2017

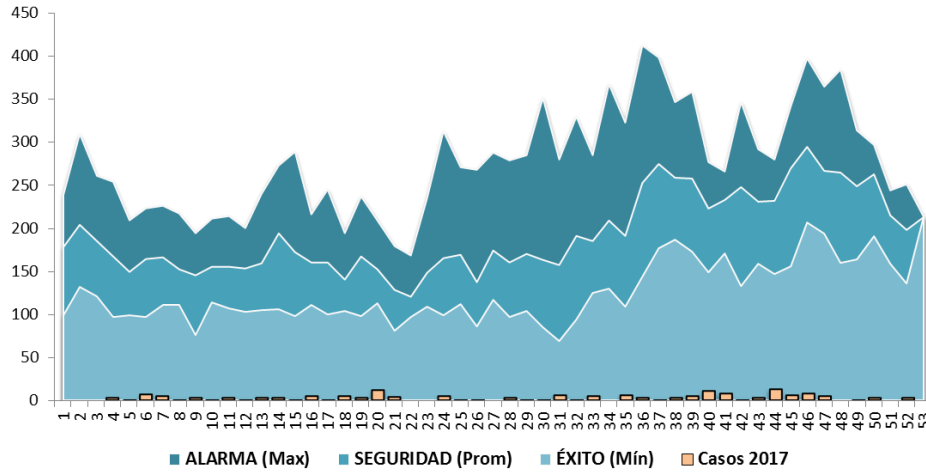
Canal Endémico de Casos de Enfermedades Diarreicas Agudas Acuosa de 1 a 4 años por semana epidemiológica del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega 2017; al análisis de la curva la tendencia del canal endémico a la semana 53 se presentaron 11 episodios de EDAs Acuosa.

Tendencia de EDAs Acuosa > de 4 años del 2001 al 2017



Fuente: Unidad de Epidemiología HRGDV 2017

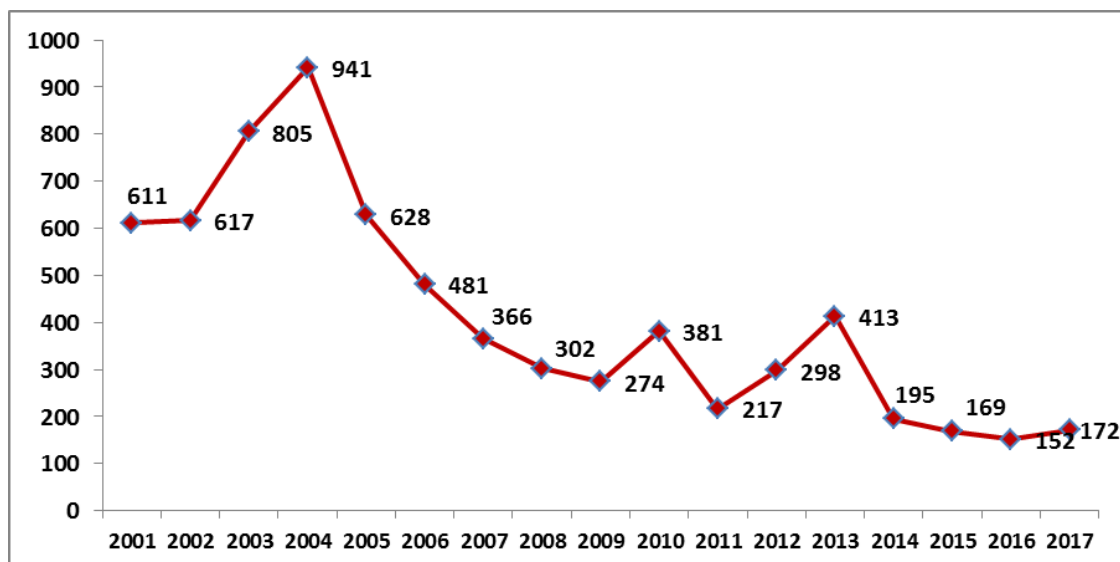
Canal endémico de EDAS Acuosa > de 4 años por semana epidemiológica HRGDV-2017.



Fuente: Unidad de Epidemiología HRGDV 2017

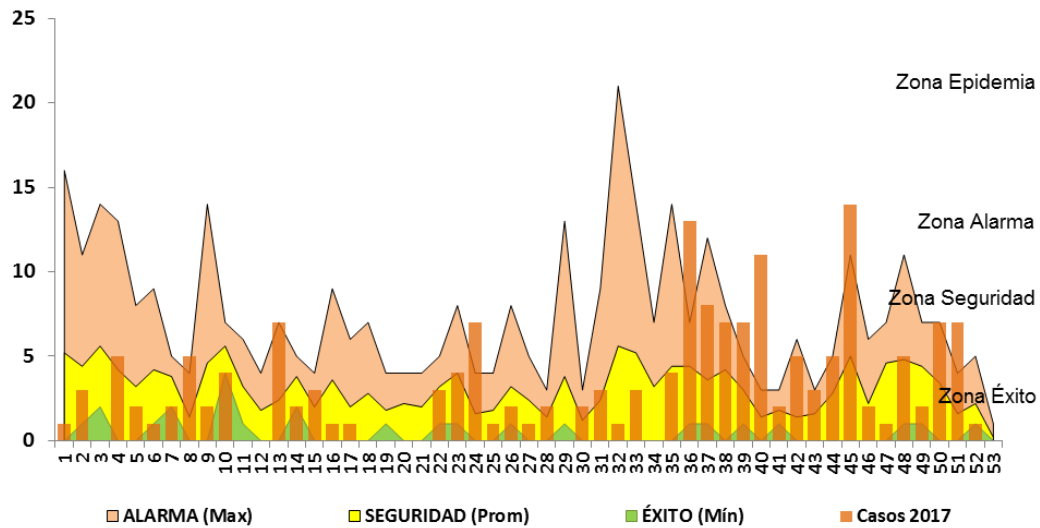
Canal Endémico de Casos de Enfermedades Diarreicas Agudas Acuosa de 4 años a mas por semana epidemiológica del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega 2017; al análisis de la curva la tendencia del canal endémico a la semana 53 se presentaron 173 episodios de EDAs Acuosa; en este caso la tendencia va incrementando en mayores de 5 años.

Tendencia de EDAs Disentéricas en General del 2001 al 2017



Fuente: Unidad de Epidemiología HRGDV 2017

**Canal endémico de EDAS Disentéricas em General por semana
 Epidemiológica HRGDV – 2017**



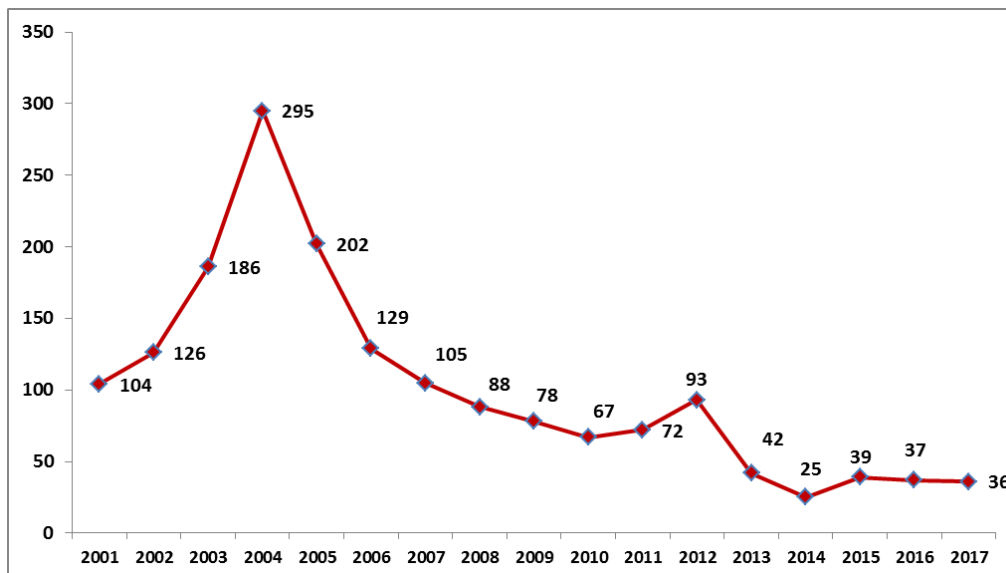
**A
S
I
S

2
0
1
7**

Fuente: Unidad de Epidemiología HRGDV 2017

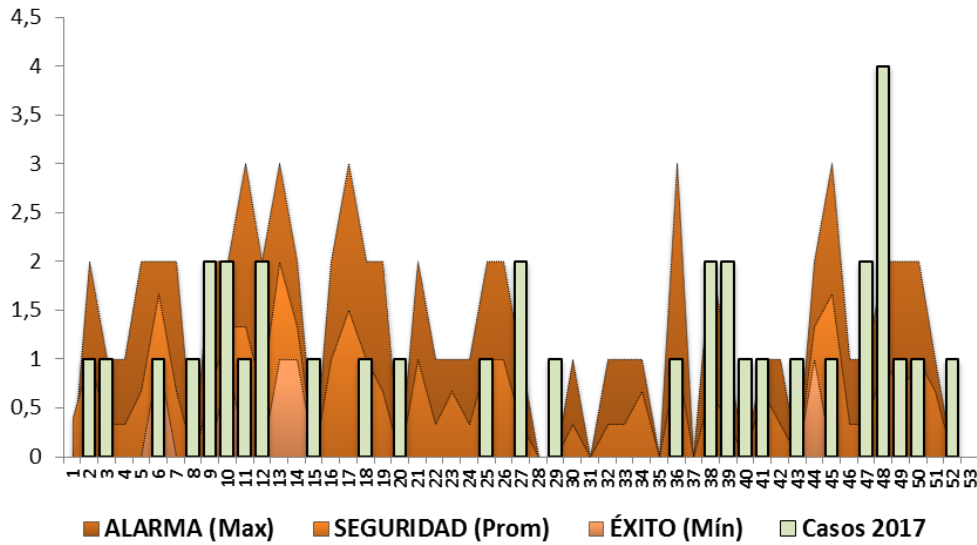
Canal Endémico de Casos de EDAs Disentéricas en general por semana epidemiológica del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega 2017; al análisis de la curva la tendencia del canal endémico a la semana 53 se presentaron 172 episodios de EDAs Disentéricas.

Canal endémico de EDAS Disentéricas <de 1año HRGDV– 2017



Fuente: Unidad de Epidemiología HRGDV 2017

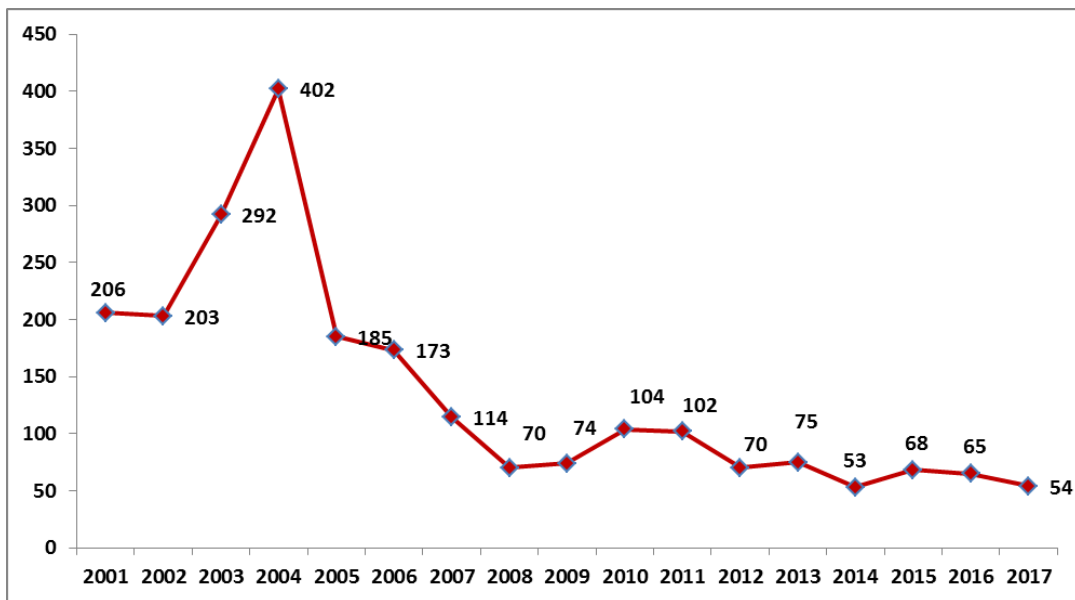
Canal endémico de EDAS DISEENTERICAS <de 1año HRGDV– 2017



Fuente: Unidad de Epidemiología HRGDV 2017

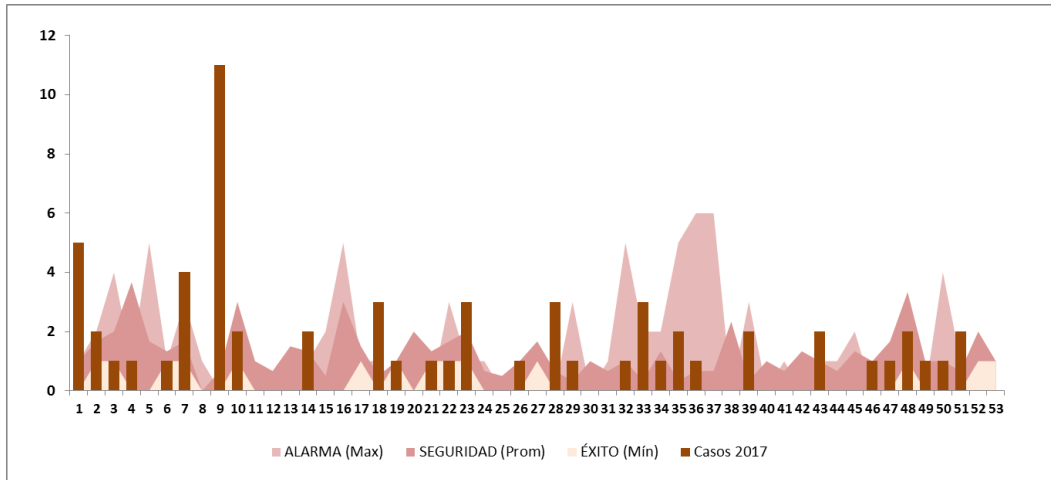
Canal Endémico de Casos de EDAs Disintéricas en menores de 1 año por semana epidemiológica del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega 2017; al análisis de la curva la tendencia del canal endémico a la semana 53 se presentaron 36 episodios de EDAs Disintéricas.

Tendencia de EDAs Disintéricas de 1 a 4 años del 2001 al 2017



Fuente: Unidad de Epidemiología HRGDV 2017

Canal endémico de EDAS DISENTERICAS de 1 a 4 años HRGDV 2017.



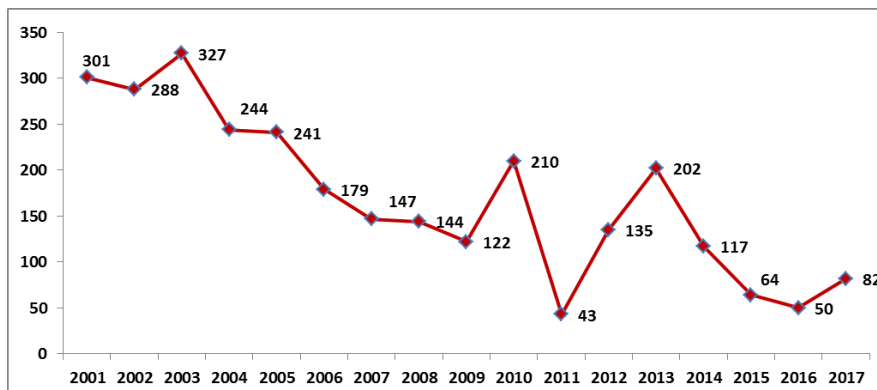
Fuente: Unidad de Epidemiología HRGDV 2017

**A
S
I
S

2
0
1
7**

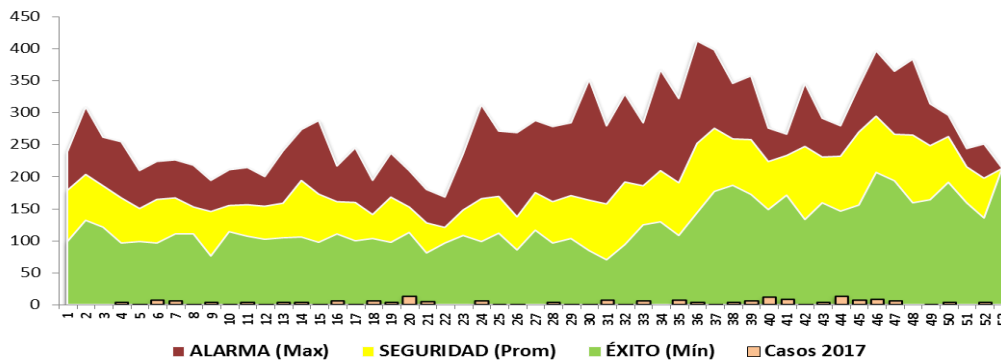
Canal Endémico de Casos de EDAs Disintéricas en grupo de edad de 1 a 4 años por semana epidemiológica atendidos en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega 2017; al análisis de la curva la tendencia del canal endémico a la semana 53 se presentaron 54 episodios de EDAs.

Tendencia de EDAs Disintéricas de 5 a más años del 2001 al 2017



Fuente: Unidad de Epidemiología HRGDV 2017

Canal endémico de EDAS Disentéricas >de 4 años a mas HRGDV 2017



Fuente: Unidad de Epidemiología HRGDV 2017.

Canal Endémico de Casos de EDAs Disentéricas en menores de 4 años por semana epidemiológica del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega 2017; al análisis de la curva la tendencia del canal endémico a la semana 53 se presentaron 82 episodios de EDAs.

SITUACION EPIDEMIOLOGICA DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES SITUACION EPIDEMIOLOGICA DE TUBERCULOSIS EN EL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA 2017

Introducción

Las Naciones Unidas adoptaron en 2016 los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) para 2030; una de sus metas es poner fin a la epidemia mundial de tuberculosis (TB). En la estrategia de la Organización Mundial de la Salud (OMS) Fin a la Tuberculosis, aprobada por la Asamblea Mundial de la Salud en 2014, se pide una reducción del 90% de las muertes por TB y una reducción del 80% en su tasa de incidencia para el año 2030. La estrategia Fin a la tuberculosis emplea tres indicadores principales: la tasa de incidencia de la TB, el número absoluto de muertes por TB y el porcentaje de pacientes y hogares con TB que tienen que hacer frente costes catastróficos debido a la enfermedad. Se han establecido las metas con respecto a estos indicadores para 2030 y 2035, y sus correspondientes hitos para 2020 y 2025. Los hitos para 2020 de la estrategia Fin a la Tuberculosis

consisten en reducir el número absoluto de muertes por TB en un 35% y la tasa de incidencia en un 20%, en comparación con 2015, y en lograr que ninguna familia afectada por la TB tenga que asumir costes catastróficos. La OMS ha elaborado tres listas de países con alta carga de TB, TB/VIH y TB-MR en el período comprendido entre 2016 y 2020, cada una de ellas con 30 países. En el Perú, la Ley 30287, Ley de Control y Prevención de la Tuberculosis en el Perú y su Reglamento (Decreto Supremo 021-2016), declara de interés nacional la lucha contra la TB en el país, logrando, de esta forma, que el control de la TB sea una política de Estado, independiente a los gobiernos de turno. Las personas afectadas por TB en el Perú son diagnosticadas y tratadas de manera gratuita por las instituciones del sistema de salud del país: el 73% se atienden en el MINSA, el 19% en la Seguridad Social (ESSALUD), el 7% en el Instituto Nacional Penitenciario (INPE) y el 1% en las Sanidades de la Policía Nacional y las Fuerzas Armadas. La atención privada de la TB es limitada, dada la prohibición de la venta libre de medicamentos anti-TB en el Perú. Los pacientes diagnosticados en el sector privado son atendidos en coordinación con EsSalud y el MINSA, tanto las formas sensibles como las resistentes de TB.

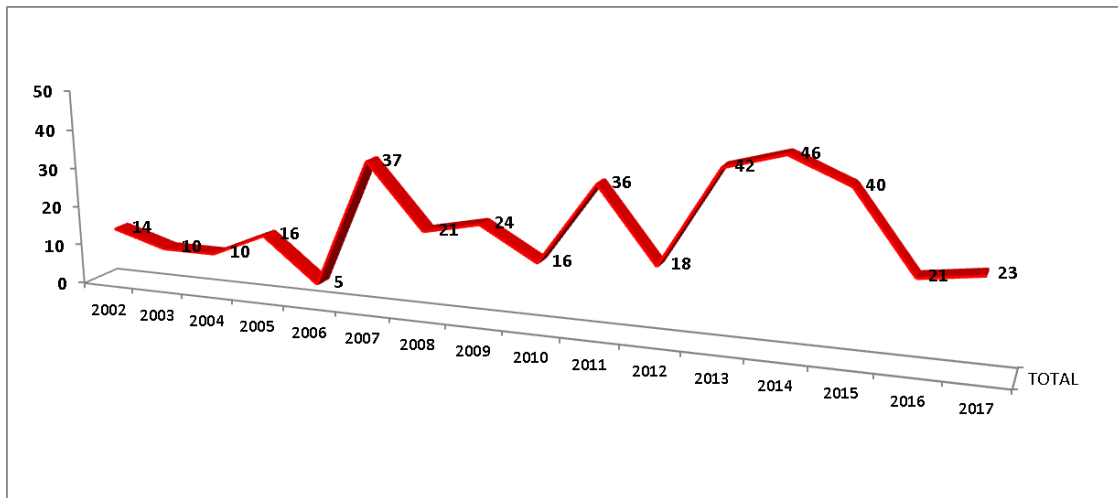
SITUACION EPIDEMIOLOGICA DE CASOS DE TB –HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA

Casos Confirmados de TBC por años - Hospital a Regional Guillermo Díaz de la Vega 2002 al 2017.

CASOS DE TBC HRGDV.					
	0 A 9	10 A 19	20 A 59	60 a +	TOTAL
2002	0	4	8	2	14
2003	0	2	6	2	10
2004	1	2	7	0	10
2005	0	2	11	3	16
2006	0	0	4	1	5
2007	0	1	20	16	37
2008	0	2	13	6	21
2009	1	2	12	9	24
2010	0	1	12	3	16
2011	2	8	20	6	36
2012	2	2	13	1	18
2013	0	5	23	14	42
2014	3	3	27	13	46
2015	0	8	22	10	40
2016	1	0	8	12	21
2017	0	5	17	1	23
TOTAL	10	47	223	99	379

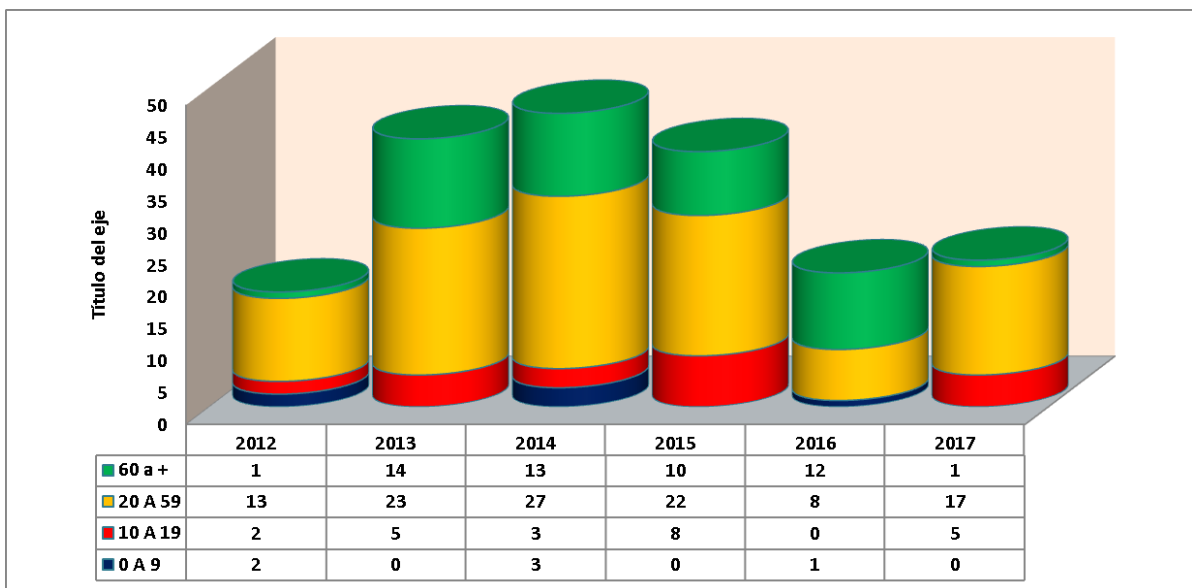
Fuente: Oficina de Epidemiología HRGDV 2017.

Casos Confirmados de TBC por años - Hospital a Regional Guillermo Díaz de la Vega 2010 al 2017.



Fuente: Oficina de Epidemiología HRGDV 2017

Casos Confirmados de TBC por años - Hospital a Regional Guillermo Díaz de la Vega 2010 al 2017.



Fuente: Oficina de Epidemiología HRGDV 2017.

Los cuadros nos demuestran la tendencia de los casos notificados de TB desde el año 2012 al año 2017 que fueron atendidos en el HRGDV; el año con mayor frecuencia de casos fue el año 2014 con (46 casos), seguido del año 2013 con (42 casos) y el año 2015 con (40 casos), y para el año 2016 a comparación con los anteriores casos fueron disminuyendo y el año 2017 sólo se presentaron 23 casos; si observamos los grupos de edad se presenta mayormente en el grupo de edad de 20 a 59 años.

Los artículos evidencian el lugar que ocupa la salud en la *Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. Para el 2017, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó 282 000 casos nuevos y recaídas de tuberculosis (TB) para la región de las Américas, un 3 % de la carga mundial por esta causa (10 millones de casos) y una tasa de incidencia de 28 por cada 100 000 habitantes (hab.). En las Américas, la tasa de incidencia más alta se observó en el Caribe (61,2 por cada 100 000 hab.), seguido de América del Sur (46,2) (1) Para el 2017, se estimó que el 87 % de los casos de TB están en diez países. Un poco más de la mitad se concentran en Brasil, Perú y México. Perú es el segundo país con la más alta carga de TB en la región de América Latina y el Caribe. La tuberculosis (TB) es un problema de salud pública mundial, que afecta, predominantemente, a la población económicamente activa y se encuentra en la lista de enfermedades profesionales de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) promulgada en el 2010. (2) Los trabajadores de la salud (TS) tienen un alto riesgo de infección por tuberculosis (TB) debido a la exposición ocupacional. Es importante diagnosticar las infecciones de TB en esta población para prevenir la transmisión nosocomial, particularmente, entre pacientes inmunocomprometidos. 053-MINSA/DGE-V.01 “Directiva Sanitaria para la Notificación de Casos en la Vigilancia Epidemiológica de la Tuberculosis” (Aprobada con Resolución Ministerial N° 179-2013/MINSA). Donde se define como trabajador de salud, a toda persona que realice alguna labor asistencial o administrativa dentro del establecimiento de salud (ES), incluyendo a estudiantes de carreras de la salud. A la fecha se ha actualizado la directiva sanitaria para la vigilancia epidemiológica de la tuberculosis (aprobada con Resolución Ministerial N° 1095-2017/ MINSA).

**Casos Confirmados de TBC Según meses en el Hospital a Regional
 Guillermo Díaz de la Vega 2017.**

MES	M	F	TOTAL
ENERO	0	1	1
FEBRERO	3	0	3
MARZO	0	0	0
ABRIL	0	0	0
MAYO	4	2	6
JUNIO	1	1	2
JULIO	1	0	1
AGOSTO	0	0	0
SETIEMBRE	2	0	2
OCTUBRE	2	0	2
NOVIEMBRE	2	1	3
DICIEMBRE	2	1	3
Total general	17	6	23

Fuente: Estrategia Sanitaria de Control de TBC 2017
 Elaborado por la Unidad de Epidemiología

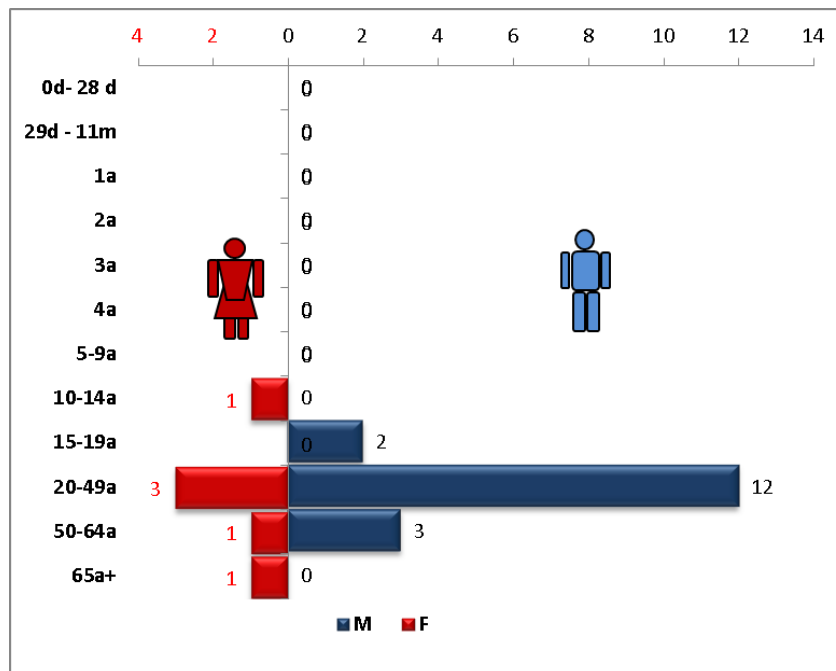
En los gráficos de casos de TBC atendidos en la Estrategia de Control de TBC – notificado por la Unidad de Epidemiología del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega del año 2017; en todo el año se notificaron 23 casos en comparación con el año anterior los casos fueron disminuyendo.

**Casos de TBC por grupo de edad y sexo de en el Hospital a Regional
 Guillermo Díaz de la Vega 2017**

TBC POR GRUPO DE EDAD	M	F	TOTAL	%
0d- 28 d	0	0	0	0.00
29d - 11m	0	0	0	0.00
1a	0	0	0	0.00
2a	0	0	0	0.00
3a	0	0	0	0.00
4a	0	0	0	0.00
5-9a	0	0	0	0.00
10-14a	0	1	1	4.35
15-19a	2	0	2	8.70
20-49a	12	3	15	65.22
50-64a	3	1	4	17.39
65a+	0	1	1	4.35
TOTAL	17	6	23	100.00

Fuente: Estrategia Sanitaria de Control de TBC 2017
 Elaborado por la Unidad de Epidemiología

Distribución de casos de TBC y por grupos de edad atendidos en el Hospital a Regional Guillermo Díaz de la Vega- 2017



Fuente: Estrategia Sanitaria de Control de TBC 2017
 Elaborado por la Unidad de Epidemiología

En los gráficos de los casos de TBC por edad y sexo atendidos en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega del año 2017; de 23 casos notificados durante el año tuvimos mayores casos en el sexo masculino con un 64% y del sexo femenino con un 35.7%; al grupo de edad más afectado fueron los mayores de 20 a 59 años con un porcentaje de (71.4%); seguido de la edad de 50 a 64 con (14.29%) y 15 a 19 años con un porcentaje de (7.14%).

Casos de TBC por Procedencia atendidos en el Hospital a Regional Guillermo Díaz de la Vega - 2017

DISTRITO	M	F	TOTAL
ABANCAY	11	3	14
BARRANCA	1		1
CCOYLLURQUI	0	1	1
CHALHUANCA	3	0	3
HUAYLLATI	1	0	1
CHUQUIBAMBILLA		1	1
HUAQUIRCA	1		1
TAMBURCO	0	1	1
Total general	17	6	23

Fuente: Estrategia Sanitaria de Control de TBC 2017
 Elaborado por la Unidad de Epidemiología

ANÁLISIS 2017

La procedencia de los pacientes atendidos en la Estrategia de control de TBC del HRGDV del año 2017; de los 23 casos notificados; un (71.4%) son procedentes de la Provincia de Abancay; y el resto de los lugares con menor porcentaje.

Casos de TB por localización anatómica Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega 2017.

LOCALIZACION ANATOMICA	M	F	TOTAL
EXTRAPULMONAR	6	2	8
PULMONAR	11	4	15
Total general	17	6	23

Fuente: Estrategia Sanitaria de Control de TBC 2017
 Elaborado por la Unidad de Epidemiología

La localización anatómica de los casos notificados mayormente fueron pulmonares un (64.2%) y extrapulmonares fueron con menor porcentaje (35.7%).

LOCALIZACION EXTRAPULMONAR	M	F	TOTAL
ENTEROPERITONEAL	1	0	1
GANGLIONAR	1	0	1
GASTROINTESTINAL	1		1
MENINGEA	1		1
MILIAR	1	1	2
PLEURAL	1	1	2
Total general	6	2	8

Fuente: Estrategia Sanitaria de Control de TBC 2017
 Elaborado por la Unidad de Epidemiología

Casos de TB por criterio de diagnóstico Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega 2017.

CRITERIO DE DIAGNOSTICO	M	F	TOTAL
BACTERIOLOGICO	7	2	9
CLINICO,RADIOLOGICO	0	1	1
CLINICO	4	1	5
CLINICO, RADIOLOGICA	2		2
RADIOLOGICO	2	1	3
HISTOPATOLOGICO	1	1	2
NEGATIVO	1	0	1
Total general	17	6	23

Fuente: Estrategia Sanitaria de Control de TBC 2017
 Elaborado por la Unidad de Epidemiología

En la tabla el criterio de diagnóstico de TB mayormente la detección oportuna es por baciloscopia con el (50.0%), clínico un (28.57%) y los otros criterios son con menor porcentaje.

Casos de TB por Referencia del HRGDV a los diferentes establecimientos de salud 2017

REFERENCIA	M	F	TOTAL
C.S.BELLAVISTA	3	3	6
C.S. PAMPAHITE	1		1
C.S. PUEBLO JOVEN	2		2
C.S. TAMBURCO		1	1
HOSP.CHALHUANCA	3	1	4
C.S.HUANIPACA	1		1
C.S.HUAQUIRCA	1		1
C.S.METROPOLITANO	4	1	5
C.S.SAN MARTIN	1		1
C.S.TABLADA ALTA	1		1
Total general	17	6	23

Fuente: Estrategia Sanitaria de Control de TBC 2017
Elaborado por la Unidad de Epidemiología

Todos los casos son captados por la Estrategia Sanitaria del hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega del total de 23 casos fueron hospitalizados 2 pacientes y los 21 casos fueron referidos a los diferentes establecimientos de salud para recibir o continuar su tratamiento.

SITUACION EPIDEMIOLOGICA DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

INFORME DE VIGILANCIA DE CASOS DE DIABETES HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA 2017

Introducción

La diabetes es una enfermedad que afecta todo el organismo en forma progresiva, sin un tratamiento adecuado ocasiona complicaciones muy graves que pueden ocasionar la muerte del paciente. Las complicaciones microvasculares y neurológicas están relacionadas al estado de hiperglucemia, y llevarán al paciente a la pérdida de la visión, la amputación de los miembros inferiores y a la falla renal. Las alteraciones en los lípidos sanguíneos son un componente frecuente de la diabetes no controlada, y la primera causa de muerte en el paciente con diabetes, es la enfermedad coronaria. La diabetes es la primera causa de ceguera en el mundo y constituye la causa del 40 % de la insuficiencia renal terminal. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el número de personas con diabetes aumentó de 108 millones en 1980 a 422 millones en 2014. En el mismo periodo, la prevalencia mundial de la diabetes en adultos (mayores de 18 años) aumentó de 4,7 % en 1980 a 8,5 % en 2014, este incremento fue mayor en los países con ingresos medios y bajos, relacionados a la urbanización y el incremento del sobrepeso y la obesidad. El 2015, en relación a la mortalidad, la diabetes fue responsable de 1,6 millones de muertes en el mundo. Al 2030, la diabetes será la séptima causa de muerte. (1) El 2017, la Federación Internacional de Diabetes (FID) estimaba una prevalencia de diabetes para el Perú, de 5,6 % (IC 95 %: 4,2 -8,3 %), y una prevalencia ajustada por edad y sexo de 5,9 % (IC 95 %:4,3-9,1 %), lo que hacía esperar que habría un millón 37 mil personas de 20 a 79 años con diabetes. (2) A partir de 2014, el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC), desarrolla la vigilancia epidemiológica de este importante problema de salud. El sistema se ha implementado prácticamente en todas las regiones del País; los hospitales más importantes y desde el 2017, los centros de salud, realizan esta vigilancia especializada.

La diabetes mellitus es una de las enfermedades crónicas y discapacitantes más prevalentes en el mundo, constituye un problema de salud pública creciente, a tal punto de ser considerada una epidemia de carácter mundial. En el Perú se observa un fenómeno similar, la prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 en nuestra población varía entre el 1 al 8%, siendo Lima y Piura, las regiones más afectadas. La nefropatía diabética es una de las causas más importantes de morbilidad del paciente diabético. En la actualidad, en España, la DM es la primera causa de inclusión en programas de hemodiálisis por insuficiencia renal terminal y en Estados Unidos es la causante del 50% de éstos.

La enfermedad cardiovascular (ECV) es la primera causa de morbilidad en los pacientes con DM, de manera que el 75-80% de los pacientes diabéticos fallece por ECV.

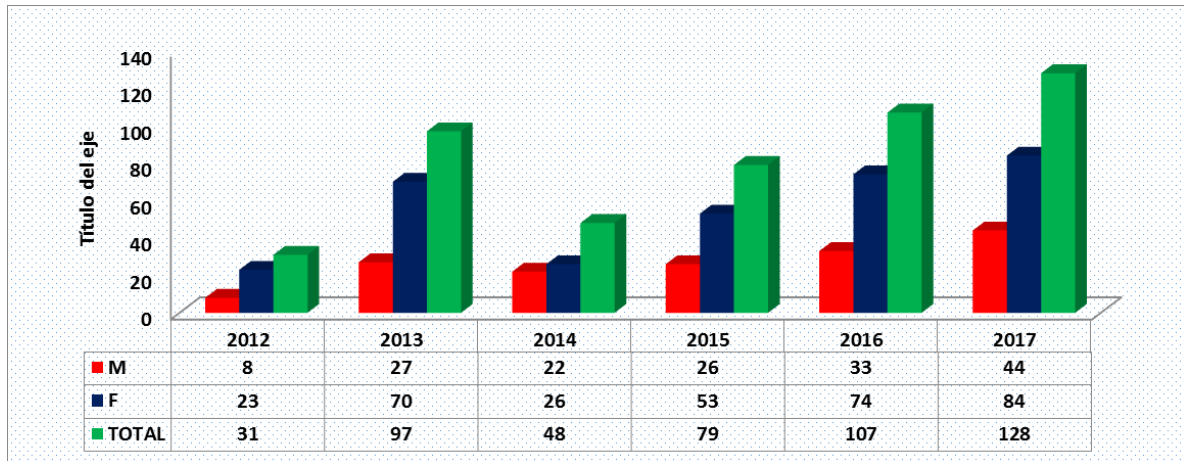
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204877/1/WHO_NMH_NVI_16.3_spa.pdf?ua=1

SITUACION EPIDEMIOLÓGICA DE CASOS DE DIABETES POR EDAD HRGDV 2012-2017

AÑOS	M	F	TOTAL	TIA Abancay	TIA Apurimac
2012	8	23	31	0,34	0,09
2013	27	70	97	1,06	0,28
2014	22	26	48	0,52	0,14
2015	26	53	79	0,86	0,22
2016	33	74	107	1,17	0,30
2017	44	84	128	1,40	0,36

Fuente: Vigilancia Epidemiológica del 2016

En nuestra localidad mayormente se **presentan los** casos de diabetes tipo 2 y el año que mayormente se notificó fue el año 2017 con (128), seguido del año 2016 con (107) casos.



Los atendidos en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega del año 2017; de 128 casos notificados durante el año tuvimos mayormente en el sexo femenino con 84 casos y del sexo masculino con un 44 casos. En el análisis de la estadística se observa que mayormente el sexo femenino es afectado en todos los años.

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE CASOS DE DIABETES POR EDAD Y SEXO HRGDV 2017

Edad	Masculino	%	Femenino	%	Total
0d-28d	0	0,00	0	0,00	0
29d-11m	0	0,00	0	0,00	0
1a	0	0,00	0	0,00	0
2a	0	0,00	0	0,00	0
3a	0	0,00	0	0,00	0
4a	0	0,00	0	0,00	0
5-9a	0	0,00	0	0,00	0
10a-14a	0	0,00	0	0,00	0
15a-19a	0	0,00	0	0,00	0
20a-49a	14	10,94	23	17,97	37
50a-64a	18	14,06	32	25,00	50
65a+	12	9,38	29	22,66	41
Total	44	34,38	84	65,63	128

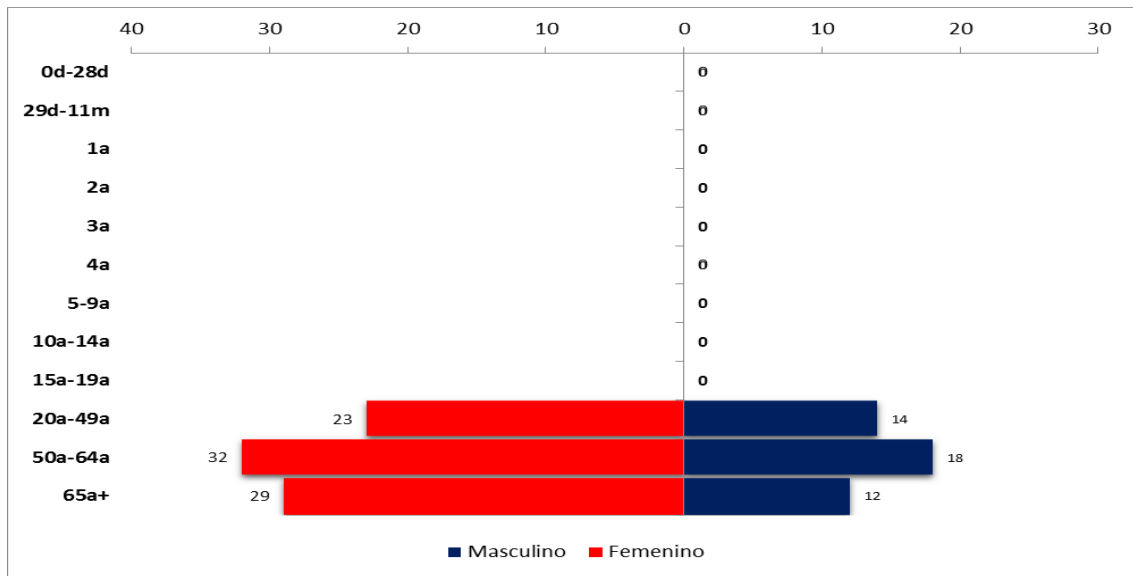
Fuente: Vigilancia Epidemiológica del 2017

Los atendidos en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega del año 2017; de 128 casos notificados durante el año tuvimos mayormente en el sexo femenino con 84 casos con (65,63%) y del sexo masculino con un 44 casos con (34,38%).

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE CASOS DE DIABETES POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO HRGDV 2017

**A
S
I
S

2
0
1
7**



Fuente: Vigilancia Epidemiológica del 2017

Se notificaron 128 casos; el (65,3%) pertenecen al sexo femenino seguido del sexo masculino con 44 casos (34.38%); en el grupo de edad el de mayor predominio fue entre los 50 y 64 años de edad con 32 casos seguido del grupo de edad de los mayores de 65 años.

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE CASOS DE DIABETES POR TIPO DE SEGURO HRGDV 2017

TIPO DE SEGURO	M	F	TOTAL
SIS	42	79	119
EsSalud		4	4
F.F.A.A/PNP	2		2
Privado(pre pago)		1	1
Total general	44	84	128

Fuente: Vigilancia Epidemiológica del 2017

Vigilancia epidemiológica de diabetes por tipo de seguro en el hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega año 2017; del total de 128 casos notificados: observamos que el mayor número de pacientes son asegurados por el SIS con el (92.96%); seguido de pacientes de ESSALUD.

**VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE CASOS DE DIABETES POR
 COMPLICACIONES EN EL HRDV 2017**

COMPLICACIONES	M	F	TOTAL
Neuropatía	5	16	21
Retinopatía no proliferativa	2	2	4
Retinopatía proliferativa	2	2	4
Pie diabético (s/amputación)	3	3	6
Pie diabético (c/amputación)	2	2	4
Nefropatía diabética	0	0	0
Enf Cerebro Vascular	2	2	4
Enf. Arterial	1	1	2
Sin complicación	27	56	83
TOTAL	44	84	128

Fuente: Vigilancia Epidemiológica del 2017

Vigilancia de diabetes por tipo de complicaciones en el hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega 2017; del total de 128 casos notificados: observamos que el mayor número de pacientes no tienen complicaciones con un (43.75%), seguido de pacientes con neuropatía con 16 casos (12.5%), seguido de pie diabético s/amputación con 6 casos (4.6%); y retinopatía proliferativa, retinopatía proliferativa con 4 casos con (3.1%). Los datos de la vigilancia muestran que, al momento de la captación por el sistema de vigilancia, 1 de cada 3 diabéticos presentaba alguna complicación crónica siendo la más frecuente el paciente con neuropatía y pie diabético sin amputación seguido de otras complicaciones. Por esta razón, es necesario fortalecer más especialistas en endocrinología y la capacidad de los servicios de atención especializada, infraestructura, equipamiento, y abastecimiento oportuno de medicamentos.

**VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE CASOS DE DIABETES POR
 COOMORBILIDAD EN EL HRGDV 2017**

Coomorbilidad	M	F	TOTAL
Hipertensión Arterial	2	10	12
Obesidad	11	11	22
dislipidemia	27	52	79
cancer	1	1	2
Sin coomorbilidad	3	10	13
TOTAL	44	84	128

Fuente: Vigilancia Epidemiológica del 2017

La vigilancia de diabetes por tipo de complicaciones en el hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega 2017; del total de 128 casos de diabetes tienen comorbilidad de dislipidemia 79 casos con (61,71%), seguido de pacientes con obesidad presentaron 22 casos con (17,18%), la enfermedad que afecta también es la hipertensión arterial con 12 casos con (9,3%).

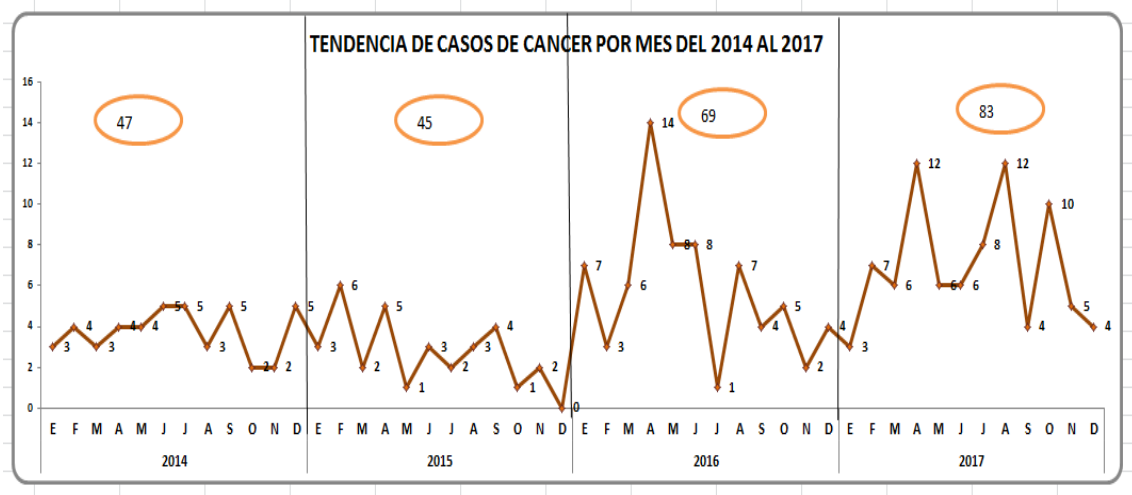
VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE CANCER HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA 2017

El cáncer es un problema de salud pública a escala mundial, pues así lo demuestran sus tasas de incidencia y mortalidad. En Latinoamérica el cáncer ocupa el tercer lugar de las causas de muerte y en el Perú, el Registro de Cáncer de Lima Metropolitana evidenció que las tasas de incidencia para todos los cánceres en hombres y mujeres han aumentado entre los periodos 1968-1970 y 2004-2005 de 152,2 a 174,0 por 100000 hombres y de 166,8 a 187,0 por 100 000 mujeres. El Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas brinda atención a pacientes portadores de tumores benignos y malignos, así como de enfermedades pre- malignas y otras relacionadas a los diversos tipos de cáncer. Al incluir los casos nuevos de cáncer en ambos sexos del INEN, es importante resaltar, que dentro de las cinco neoplasias más frecuentes se encuentran el cáncer del cuello uterino, el cáncer de la mama y el cáncer de la próstata, órganos accesibles que debido a su ubicación anatómica permiten la detección precoz; por lo cual si se ampliaran los programas de prevención, el volumen de atención de casos de estos cánceres, al igual que el porcentaje de pacientes que llegan en estadios avanzados de la enfermedad disminuirían significativamente.

En el Perú por enfermedades neoplásicas mueren más mujeres (51.40%) que hombres (48.60%) a nivel nacional. Al realizar el análisis por tipo de neoplasia, la mortalidad por cáncer de estómago representó el 18.92% del total de defunciones por cáncer en el periodo estudiado (1986 - 1997), ocupando la primera causa de mortalidad por cáncer en el país en ambos sexos. Se realizó el análisis de vulnerabilidad territorial para cáncer a nivel departamental basado en indicadores sociales, de promoción de la salud, epidemiológico, de recursos humanos y

equipamiento. Luego de calcular el índice de vulnerabilidad se encontró que los departamentos muy vulnerables para cáncer fueron Huánuco, Ayacucho, Huancavelica, Amazonas, Loreto y Pasco lo que implica que requieren intervención inmediata; mientras que, en condición de vulnerables se encontraban los departamentos de Piura, Cusco, Tumbes, Apurímac, Puno y San Martín, lo que implica que requieren fortalecerse en el corto-mediano plazo. Estos tipos de cáncer [estómago; cuello, cuerpo y partes de útero no especificadas; mama femenina y cáncer de tráquea, bronquios y pulmón] representan el 44.79% del total de defunciones registradas por cáncer, motivo por el cual son de interés para la salud pública peruana, y que pueden sufrir descensos realizando intervenciones preventivo promocionales en las poblaciones en riesgo

TENDENCIA DE CANCER POR MESES HRGDV AÑO 2014-2017



Fuente: Vigilancia Epidemiológica HRGDV 2017

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Enero	0	6	3	3	7	3
Febrero	6	5	4	6	3	7
Marzo	5	5	3	2	6	6
Abril	2	9	4	5	14	12
Mayo	5	2	4	1	8	6
Junio	3	2	5	3	8	6
Julio	3	3	5	2	1	8
Agosto	3	2	3	3	7	12
Septiembre	4	2	5	4	4	4
Octubre	4	3	2	1	5	10
Noviembre	4	2	2	2	2	5
Diciembre	8	6	5	0	4	4
TOTAL	47	47	45	32	69	83

La prevalencia de casos de cáncer de la población del distrito de Abancay; en el año 2012 fue de (44.47%) es decir de cada 100 personas 44 enferman por algún tipo de cáncer y a nivel de la población de Apurímac la frecuencia es de (10.40%) quiere decir de cada 100 personas 10 son notificados por algún tipo de cáncer; para el año 2013 tuvimos (44.38%), el año 2014 se tuvo un (42.42%) casos de cáncer y el año 2015 se tuvieron 32 casos nuevos de cáncer.

El cáncer constituye un problema de salud pública a nivel mundial, en la región de las Américas y en nuestro país, por su alta mortalidad como por la discapacidad que produce. Se estima que a nivel mundial se diagnostican aproximadamente 12.7 millones de casos nuevos de cáncer cada año, sin que se produzca una mejora sustancial en el control del cáncer, se prevé que para el año 2030, esta cifra anual se elevará a 21.3 millones de casos nuevos¹. La Organización Mundial de la Salud estima que para el año 2005 se produjeron 7.6 millones de defunciones por cáncer y que en los próximos 10 años morirán 84 millones más si no se emprenden acciones. Más del 70% de todas las muertes por cáncer se produjeron en países con ingresos económicos bajos y medios, países donde los recursos disponibles para la prevención, diagnóstico y tratamiento son limitados o inexistentes. Según la Organización Panamericana de la Salud, un tercio de las muertes a nivel mundial se producen en la región de las Américas donde el número de muertes aumentará de 1.2 millones en 2008 hasta 2.1 millones en 2030

por efecto del envejecimiento poblacional y por el cambio de los estilos de vida (Consumo de tabaco, alcohol, dieta poco saludable, inactividad física), así como por la exposición a contaminantes ambientales, cancerígenos y radiación solar. En este contexto, el Estado Peruano ha declarado de interés nacional la atención integral del cáncer y el mejoramiento del acceso a los servicios oncológicos poniendo en marcha en Noviembre del año 2012 el Plan Nacional para la Atención Integral del Cáncer y Mejoramiento del Acceso a los Servicios Oncológicos del Perú¹² denominado PLAN ESPERANZA (D.S. N° 009-2012-SA). Se espera que el Plan Esperanza, implemente las mejores estrategias para mejorar el acceso de la población a los servicios oncológicos para la atención del cáncer, priorizando la población más vulnerable. El Plan Esperanza debe ser también, el principal usuario de la información generada por la Vigilancia Epidemiológica de Cáncer para la toma de decisiones

Ciertos tipos de cáncer son denominados familiares porque afectan a más de un integrante de la misma familia. Se observa que en una misma familia existan 2 o 3 casos de cáncer de un determinado tejido u órgano (ejemplo carcinoma de colon). En estos casos de “predisposición familiar” a padecer una patología maligna, el medio ambiente como el estilo de vida son verdaderos “disparadores” de un condicionamiento genético que estaba latente en la persona afectada. Con respecto a los estilos de vida insalubres, se destacan el sedentarismo, la alimentación hipergrasa y la obesidad.

“Análisis de la Situación de Salud – Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega”
 Unidad de Epidemiología - OESASO

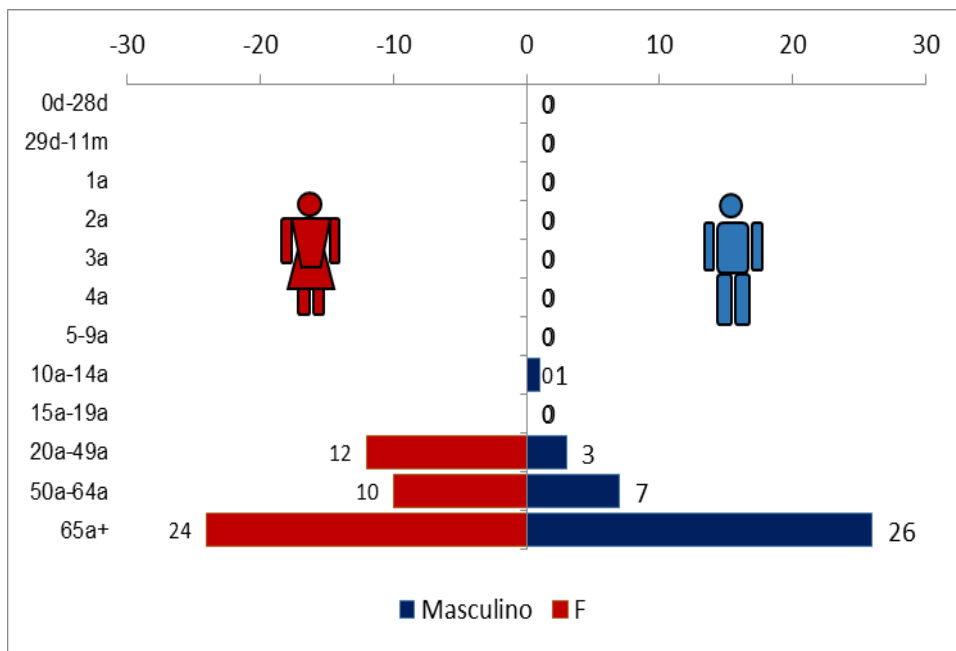
A
S
I
S

2
0
1
7

Edad	Masculino	%	Femenino	%	Total	%
0d-28d	0	0,00	0	0,00	0	0,00
29d-11m	0	0,00	0	0,00	0	0,00
1a	0	0,00	0	0,00	0	0,00
2a	0	0,00	0	0,00	0	0,00
3a	0	0,00	0	0,00	0	0,00
4a	0	0,00	0	0,00	0	0,00
5-9a	0	0,00	0	0,00	0	0,00
10a-14a	1	1,20	0	0,00	1	2,22
15a-19a	0	0,00	0	0,00	0	0,00
20a-49a	3	3,61	12	14,46	15	18,07
50a-64a	7	8,43	10	12,05	17	20,48
65a+	26	31,33	24	28,92	50	60,24
Total	37	44,58	46	55,42	83	100,00

Fuente: Vigilancia Epidemiológica HRGDV 2017

**DISTRIBUCION DE CASOS DE CANCER SEGÚN GRUPOS DE EDAD Y SEXO
 HRGDV AÑO 2017.**



Fuente: Vigilancia Epidemiológica HRGDV 2017

La Distribución de Cáncer por grupos de edad y sexo en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega del año 2016; tuvimos un total de 69 casos: el sexo masculino fue el más afectado con 39 casos en un (56.52%), seguido del sexo femenino con 30 casos en un (43.48%); el grupo de edad más afectado fue de 65

a más años de edad con 45 con un porcentaje de (65.22%), seguido de 50 a 64 con 13 casos con un porcentaje de (18.84%) y de 20 a 49 años 10 casos con (14.49%). Se observa en la mayoría de los casos, que el riesgo de cáncer se incrementa con la edad, enfermedad que afecta principalmente a los adultos mayores. El promedio de edad al diagnóstico para todos los tipos de cáncer fue de 58 años. Es importante resaltar que la mitad de los casos de cáncer se diagnosticaron antes de cumplir los 60 años. Así mismo, la edad en la que más frecuentemente se diagnosticó el cáncer fue de 67 años.

**VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE CASOS DE CANCER SEGUN
 DIAGNOSTICO CLINICO HRGDV AÑO 2016.**

DIAGNOSTICO	M	F	TOTAL	%
NM GASTRICO	5	10	15	18,07
NM DE PROSTATA	11		11	13,25
NEOPLASIA MALIGNA DE CERVIX		10	10	12,05
NEOPLASIA MALIGNA DE HIGADO	4	2	6	7,23
NEOPLASIA MALIGNA DE OVARIO		4	4	4,82
NM METASTASICO DE PROSTATA	3		3	3,61
CANCER DE BIAS BILIARES		2	2	2,41
CARCINOMA INFILTRANTE EPIDERMIOIDE DE VULVA		2	2	2,41
CARCINOMATOSIS PERITONEO		2	2	2,41
METAPLASIA ESCAMOSA ENDOCERVIX		2	2	2,41
NM DE UTERO		2	2	2,41
NM GASTRICO BORMAN 2		2	2	2,41
NM GASTRICO LNFOMA NOHODKLIN		2	2	2,41
NM RENAL METASTASICO AORTICO		2	2	2,41
NM RETROPERITONEAL		2	2	2,41
NM VESICAL		2	2	2,41
CA TIROIDES	2		2	2,41
NM METASTASIS DE PANCREAS	2		2	2,41
LEUCEMIA	1		1	1,20
M N COLON	1		1	1,20
M N PENE	1		1	1,20
NEOPLASIA ABDOMINAL MALIGNA	1		1	1,20
NEOPLASIA MALIGNA DE PULMON	1		1	1,20
NM COLON	1		1	1,20
NM DE ESOFAGO	1		1	1,20
NM DE MEDULA OSEA METASTASIS	1		1	1,20
NM DE PULMON	1		1	1,20
TUMOR CEREBRO	1		1	1,20
TOTAL GENERAL	37	46	83	100,00

Fuente: Vigilancia Epidemiológica HRGDV 2017

Vigilancia de Cáncer según diagnóstico clínico en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega del año 2016; en este año tuvimos 69 casos: En la demanda de atenciones para este año con mayor frecuencia es el diagnóstico de cáncer de

próstata con (28.29%); seguido de cáncer gástrico con (18.84%) y como tercera causa tuvimos el cáncer de carcinoma de cérvix con (17.39%).

Las muertes son mayormente por tumores malignos en nuestro medio para el presente año fueron por cáncer de pulmón, cérvix, y gástrico; al igual como en otros lugares es un problema de salud pública. Para cáncer de cuello uterino se observa que en los departamentos de la costa se ha registrado el 65% del total de defunciones por esta neoplasia, 27% en los departamentos de la sierra y 8% en los departamentos de la selva.

A
S
I
S

2
0
1
7

**VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE CASOS DE CANCER POR
 PROCEDENCIA HRGDV AÑO 2017**

PROCEDENCIA	M	F	TOTAL
ABANCAY	13	26	39
HUANIPACA		4	4
TAMBURCO	2	2	4
ANTABAMBA	3		3
CHUQUIBAMBILLA	1	2	3
CURAHUASI	1	2	3
GAMARRA	3		3
SABAINO	1	2	3
CURPAHUASI		2	2
LAMBRAMA		2	2
SAN PEDRO DE CACHORA	2		2
TINTAY	2		2
TURPAY		2	2
YANATILE		2	2
CHALHUANCA	1		1
CHALLHUAHUACHO	1		1
CIRCA	1		1
COTARUSE	1		1
LUCRE	1		1
PATAYPAMPA	1		1
PICHIRHUA	1		1
TAPAIRIHUA	1		1
TORAYA	1		1
Total general	37	46	83

Fuente: Vigilancia Epidemiológica HRGDV del 2017

A nivel nacional, el mayor número de casos de cáncer procedieron del departamento de La Libertad con 74,73%, seguido de los departamentos de Ancash (8,95%) y Cajamarca (8,08%), Lambayeque (2,85%) y Piura (2,01%).

El (28,99%) son procedentes del distrito de Abancay, seguido del distrito de Chuquibambilla con (11,59%) y el Distrito de Huancarama en (7,25%); así mismo de otros distritos procedentes de otras provincias.

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE CASOS DE CÁNCER POR BASE DE DIAGNOSTICO HRGDV AÑO 2017

BASE DE DIAGNOSTICO	M	F	TOTAL
POR IMÁGENES RX, ECOGRAFIA, TAC/RM	13	18	31
SOLAMENTE CLINICA	8	8	16
CIRUGIA EXPLORATORIA	5	6	11
SOLO POR CERTIFICADO DE DEFUNCION	4	4	8
HISTOLOGIA DE METASTASIS	1	6	7
HISTOLOGIA DE TUMOR PRIMARIO	1	4	5
POR ENDOSCOPIA, COLONOSCOPIA, IVAA.	4		4
EXAMENES BIOQUIMICOS	1		1
Total general	37	46	83

Fuente: Vigilancia Epidemiológica HRGDV del 2017

De todas las notificaciones de cáncer para el año 2016; generalmente son por endoscopia colonoscopia y IVAA un (20.29%); seguido Por cirugía exploratoria en (18.84%); exámenes bioquímicos y/o inmunológicos en (14.49%), solamente clínica en (13,04%), por imágenes RX, ecografía, TAC/RC, en (13,4%) y en menores porcentajes otros.

GRADO DE INSTRUCCIÓN	M	F	TOTAL	%
SIN INTRUCCION	11	26	37	44,58
PRIMARIA	18	14	32	38,55
SECUNDARIA	7	4	11	13,25
SUPERIOR UNIVERSITARIO	1	2	3	3,61
Total general	37	46	83	100,00

Fuente: Vigilancia Epidemiológica HRGDV del 2017

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE CASOS DE CÁNCER POR GRADO DE INSTRUCCIÓN HRGDV AÑO 2017

OCUPACION	M	F	TOTAL	%
AGRICULTOR	29	6	35	42,17
AMA DE CASA		36	36	43,37
COMERCIANTE FORMAL		4	4	4,82
ESCOLAR	1		1	1,20
OBRERO	6		6	7,23
OTRAS	1		1	1,20
TOTAL GENERAL	37	46	83	100,00

Fuente: Vigilancia Epidemiológica HRGDV del 2017

Acudieron al hospital con casos de cáncer según grado de instrucción mayormente amas de casa con 36 casos con (43.37%), seguido de agricultores con 35 casos con (42.17%).

VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE LESIONES POR ACCIDENTE DE TRANSITO ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA – 2017

Dado su impacto sobre la carga en la salud mundial, el tema de seguridad vial se ha incluido en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) para 2030. Estos Objetivos fueron adoptados por todos los Estados Miembros en septiembre del 2015 en la Asamblea General de las Naciones Unidas. La seguridad vial se refiere a las medidas adoptadas para reducir el riesgo de lesiones y muertes causadas en el tránsito. Es fundamental que los países implementen medidas para crear vías más seguras no solo para ocupantes de vehículos, sino también para los usuarios vulnerables como los peatones, ciclistas, y motociclistas. (1) En el año 2011, los países adoptaron el Plan Mundial para el Decenio de Acción para la Seguridad Vial 2011-2020 anunciado por las Naciones Unidas en 2010. La visión del Decenio es de estabilizar y reducir las muertes causadas en el tránsito mundialmente. Según este compromiso el Perú, viene realizando acciones en función de los cinco pilares del Plan del decenio de acción por la Seguridad Vial con intervenciones que minimicen los factores predisponentes y desencadenantes

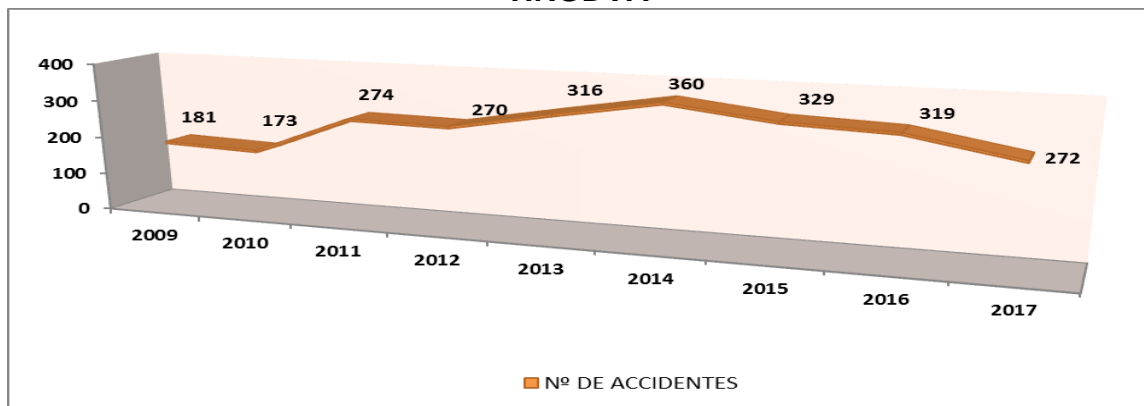
de este tipo de eventos. El Perú como parte de su crecimiento económico en los últimos 10 años viene incrementando el parque automotor, de igual manera se viene incrementando el número de accidentes de tránsito en las vías urbanas predominantemente así como en las carreteras de nuestro país, accidentes con características propias según zona geográfica y región natural. En este contexto, es importante conocer el comportamiento de las lesiones ocasionadas por los accidentes de tránsito e identificar los factores de riesgo y protectores; así como las tendencias y los patrones de ocurrencia lo cual permitirá establecer la susceptibilidad y el riesgo de la población a este tipo de lesiones, identificando concentraciones en tiempo y lugar para detectar cambios inesperados en la ocurrencia de las lesiones por accidentes de tránsito para formular medidas de control y prevención y así mismo evaluar la efectividad de estas medidas. (4)

**Numero de lesionados por Accidentes de tránsito del año 2009 – 2017
 HRGDVA**

Accidentes de Tránsito Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega										
Meses	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total
ENERO	7	30	22	22	19	43	29	23	20	215
FEBRERO	65	0	4	31	27	41	30	34	15	247
MARZO	37	7	22	16	28	15	27	26	27	205
ABRIL	3	14	20	17	20	24	29	33	22	182
MAYO	15	11	14	12	18	34	34	38	39	215
JUNIO	2	2	10	43	22	5	28	37	15	164
JULIO	0	19	7	14	62	38	16	36	31	223
AGOSTO	31	18	72	36	33	32	20	14	15	271
SEPTIEMBRE	8	5	33	12	23	46	20	20	24	191
OCTUBRE	0	11	37	15	28	27	37	29	17	201
NOVIEMBRE	3	54	12	21	16	31	46	8	20	211
DICIEMBRE	10	2	21	31	20	24	13	21	27	169
Total General	181	173	274	270	316	360	329	319	272	2494

Fuente: Vigilancia Epidemiológica HRGDV del 2017

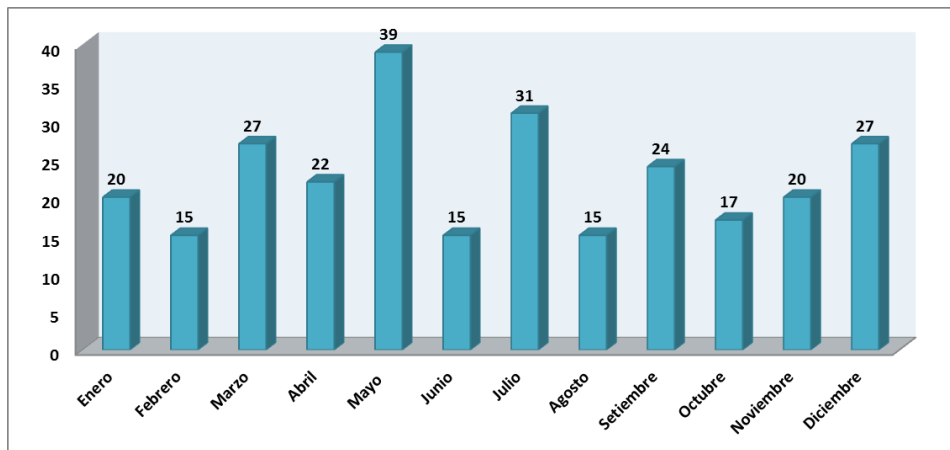
**Numero de lesionados por Accidentes de tránsito del año 2009 – 2017
 HRGDVA**



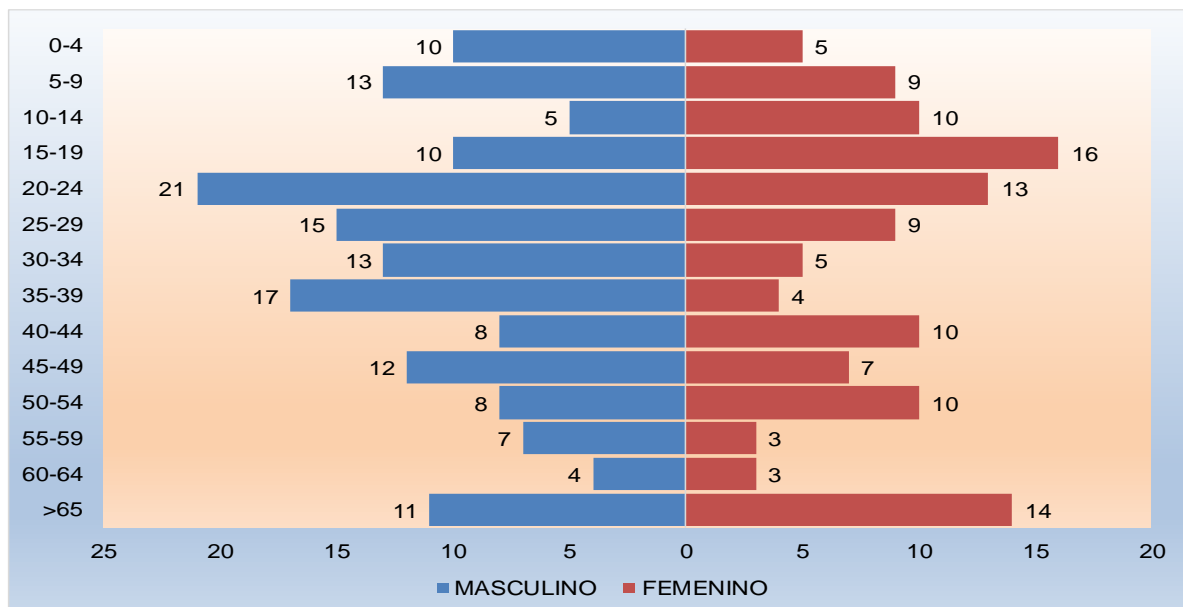
Fuente: Vigilancia epidemiológica HRGDV 2017

Vigilancia epidemiológica de accidentes de tránsito realizado en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega del año 2009 al 2017; la tendencia de los casos de accidente de tránsito desde el año 2009 fueron incrementando el año con mayor frecuencia de casos fue en el año 2014 con 360 pacientes por accidente de tránsito.

**A
S
I
S
2
0
1
7**



Lesiones por Accidentes de tránsito Según lista de lesionados por grupo de edad y sexo de en el Hospital a Regional Guillermo Díaz de la Vega - 2017



Fuente Vigilancia Epidemiológica HRGDV 2016

La Vigilancia de lesiones por accidente de tránsito Según grupo de edad y sexo atendidos en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega 2017; se observa del total de 272 casos notificados de lesiones por accidentes de tránsito; el grupo de edad con mayor frecuencia que concurrió fue de 20 a 24 años con un

“Análisis de la Situación de Salud – Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega”
 Unidad de Epidemiología-OESASO

porcentaje de (12.5%), el sexo más afectado es el masculino con (9,7%), frente al sexo femenino con (5,3%); seguido del grupo de edad de 25 a 29 años con un porcentaje de (11.9%).

Lesiones por Accidentes de tránsito Según diagnósticos y por grupos de edad atendidos en el Hospital a Regional Guillermo Díaz de la Vega - 2017

Diagnóstico	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	>65	Total general	%
Traumatismos superficiales múltiples, no especificados	11	9	9	15	17	11	5	6	13	11	11	6	4	17	145	53,3
Contusión del hombro y del brazo				1			1	1	2	1	2	1			9	3,3
Traumatismo intracraneal, no especificado		3		2	1	1	1								8	2,9
Traumatismo superficial de la cabeza, parte no especificada	1				1			2			2				6	2,2
Herida de la cabeza, parte no especificada						1	2			1		1			5	1,8
Traumatismos múltiples, no especificados					2		1	1		1					5	1,8
Contusión de otras partes y de las no especificadas del pie		2						1	1						4	1,5
Traumatismo superficial de región no especificada del cuerpo			1			1	1					1			4	1,5
Contusión de la rodilla							1								3	1,1
Contusión del codo		1		1	1		1							1	3	1,1
Contusión del tórax						1				2					3	1,1
Contusión del tobillo								1						1	3	1,1
Esguinces y torceduras del tobillo		1	1				1								3	1,1
Fractura de costilla			1					1			1				3	1,1
Fractura de la clavícula				1	2										3	1,1
Herida de otras partes de la cabeza						1	1							1	3	1,1
Herida del cuero cabelludo	1													2	3	1,1
Contusión de la pared abdominal						1						1			2	0,7
Fractura de la diáfisis de la tibia		2													2	0,7
Fractura de la diáfisis del cubito		1						1							2	0,7
Fractura de la diáfisis del húmero						1				1					2	0,7
Fractura de la diáfisis del radio					1		1								2	0,7
Fractura del hombro y del brazo, parte no especificada			1					1							2	0,7
Otros traumatismos de la cabeza, especificados						1				1					2	0,7
Traumatismo de vasos sanguíneos intercostales							1							1	2	0,7
Demás causas	2	3	1	7	8	4	3	5	2	1	1	1	3	2	43	15,8
Total general	15	22	15	26	34	24	18	21	18	19	18	10	7	25	272	100,0

Fuente: Vigilancia Epidemiológica HRGDV-2017

Lesiones por Accidentes de tránsito Según diagnósticos por grupos de edad atendidos en el Hospital a Regional Guillermo Díaz de la Vega al 2017; de 272 casos notificados: Las principales causas de morbilidad fueron los Traumatismos Superficiales Múltiples no Especificadas con 145 casos, el grupo de edad más afectado fue de 20 a 24 y mayores de 65 años; seguido de contusión del hombro y del brazo con 9 casos.

Lesiones por Accidentes de tránsito Según día de la semana, atendidos en el Hospital a Regional Guillermo Díaz de la Vega -2017

A
S
I
S

2
0
1
7

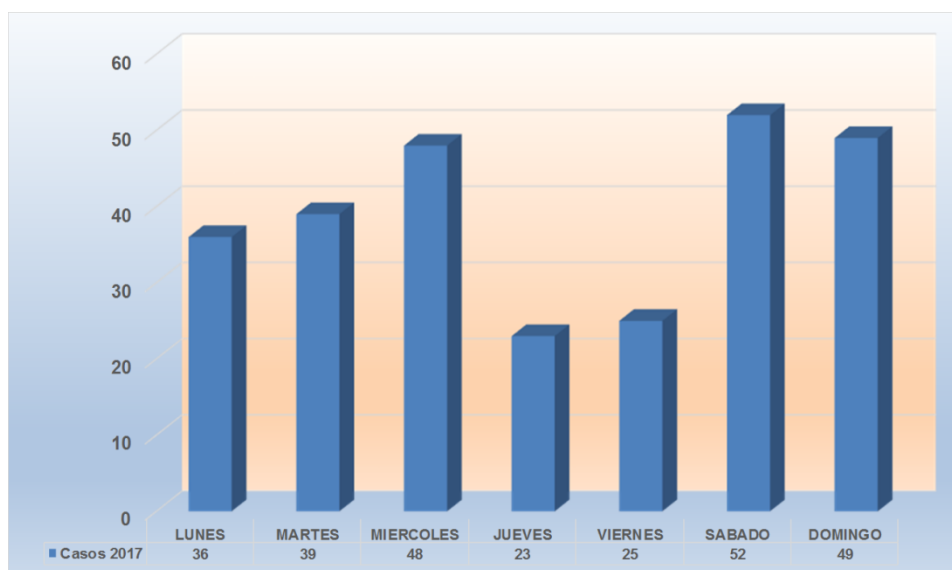
“Análisis de la Situación de Salud – Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega”
 Unidad de Epidemiología - OESASO

**A
S
I
S
2
0
1
7**

Mes	Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Total general	Porcentaje
Enero	9	4	3	2		1	1	20	7,4
Febrero	3			1	3	1	7	15	5,5
Marzo	6	2	3	4	3	2	7	27	9,9
Abril	5	2	3		3	3	6	22	8,1
Mayo	1	7	1	28		1	1	39	14,3
Junio	2	3	3		4		3	15	5,5
Julio	1	7	7	1	5		10	31	11,4
Agosto	4	1	4		1	1	4	15	5,5
Septiembre		3	8	4		1	1	17	6,3
Octubre	3	5	1	2	2	4	3	20	7,4
Noviembre	6	1	3	4	1	10	2	27	9,9
Diciembre	9	1	3	2	1	1	7	24	8,8
Total general	49	36	39	48	23	25	52	272	100,0

Fuente: Vigilancia Epidemiológica HRGDV-2017

Lesiones por Accidentes de tránsito Según día de la semana atendidos en el Hospital a Regional Guillermo Díaz de la Vega -2017

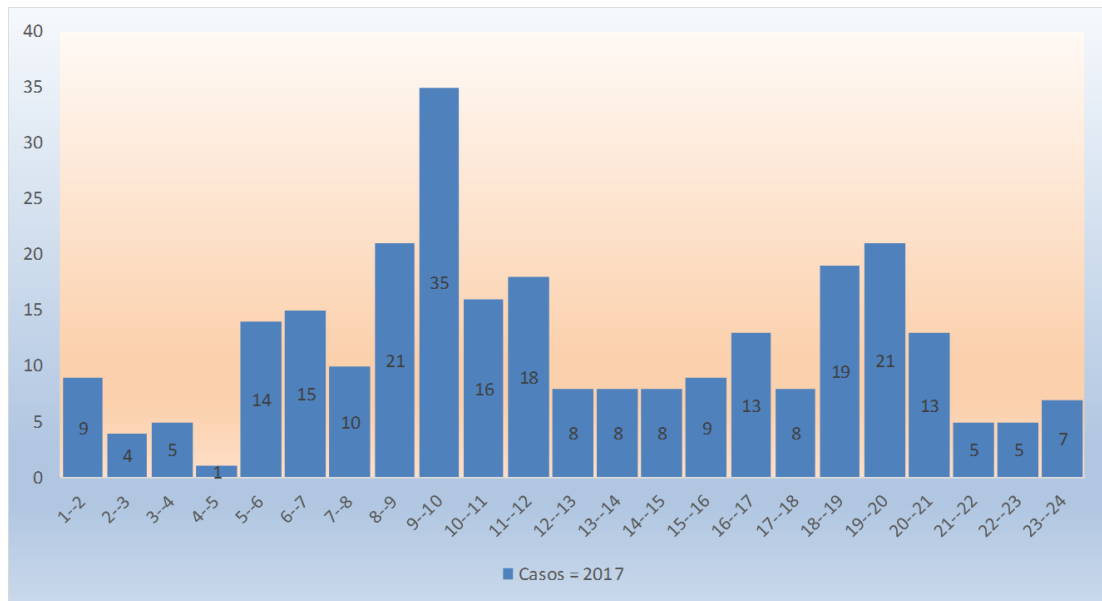


Fuente: Vigilancia Epidemiológica HRGDV2017

En vigilancia epidemiológica de lesiones por accidente de tránsito ocurrido por día en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega al 2017; el día con mayor frecuencia de accidentes es el día sábado con 52 casos seguido del día domingo con 49 casos.

Lesiones por Accidentes de tránsito ocurridos por hora -Hospital a Regional Guillermo Díaz de la Vega - 2017

“Análisis de la Situación de Salud – Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega”
Unidad de Epidemiología-OESASO



Fuente: Vigilancia Epidemiológica HRGDV 2017

En vigilancia epidemiológica de lesiones por accidente de tránsito ocurridos por hora y atendidos en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega- 2017; con mayor frecuencia de accidentes de 9 a 12 y 18 a 21 horas del día.

Lesiones por Accidentes de tránsito Según Frecuencia de causas de morbilidad- Hospital a Regional Guillermo Díaz de la Vega - 2016

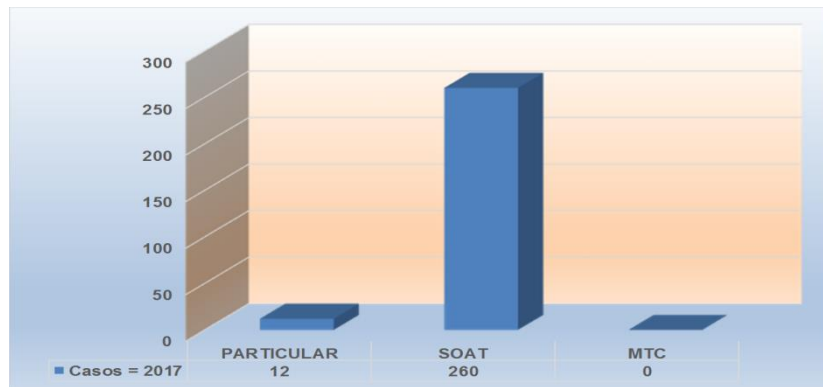
Diagnóstico	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	>65	Total general	%
Traumatismos superficiales múltiples, no especificados	11	9	9	15	17	11	5	6	13	11	11	6	4	17	145	53,3
Contusión del hombro y del brazo			1				1	1	2	1	2	1			9	3,3
Traumatismo intracraneal, no especificado		3		2	1	1	1								8	2,9
Traumatismo superficial de la cabeza, parte no especificada	1				1			2			2				6	2,2
Herida de la cabeza, parte no especificada						1	2			1		1			5	1,8
Traumatismos múltiples, no especificados				2		1	1	1		1					5	1,8
Contusión de otras partes y de las no especificadas del pie		2						1	1						4	1,5
Traumatismo superficial de región no especificada del cuerpo			1			1	1				1				4	1,5
Contusión de la rodilla				1	1		1								3	1,1
Contusión del codo		1				1								1	3	1,1
Contusión del tórax					1					2					3	1,1
Contusión del tobillo					1			1						1	3	1,1
Esguinces y torceduras del tobillo		1	1				1								3	1,1
Fractura de costilla			1						1		1				3	1,1
Fractura de la clavícula				1	2						1				3	1,1
Herida de otras partes de la cabeza						1	1						1		3	1,1
Herida del cuero cabelludo		1											2		3	1,1
Contusión de la pared abdominal						1						1			2	0,7
Fractura de la diáfisis de la tibia		2													2	0,7
Fractura de la diáfisis del cubito		1						1							2	0,7
Fractura de la diáfisis del húmero						1				1					2	0,7
Fractura de la diáfisis del radio					1		1								2	0,7
Fractura del hombro y del brazo, parte no especificada								1			1				2	0,7
Otros traumatismos de la cabeza, especificados						1				1					2	0,7
Traumatismo de vasos sanguíneos intercostales							1							1	2	0,7
Demás causas	2	3	1	7	8	4	3	5	2	1	1	1	3	2	43	15,8
Total general	15	22	15	26	34	24	18	21	18	19	18	10	7	25	272	100,0

Fuente: Vigilancia Epidemiológica HRGDV 2017

Lesiones de accidentes de tránsito por frecuencia de diagnósticos en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega- 2017; de las primeras causas de morbilidad son los Traumatismos Superficiales Múltiples no especificados con un porcentaje

de (53,3%); seguido del diagnóstico de contusión en el hombro y brazo con un porcentaje de (3.3%).

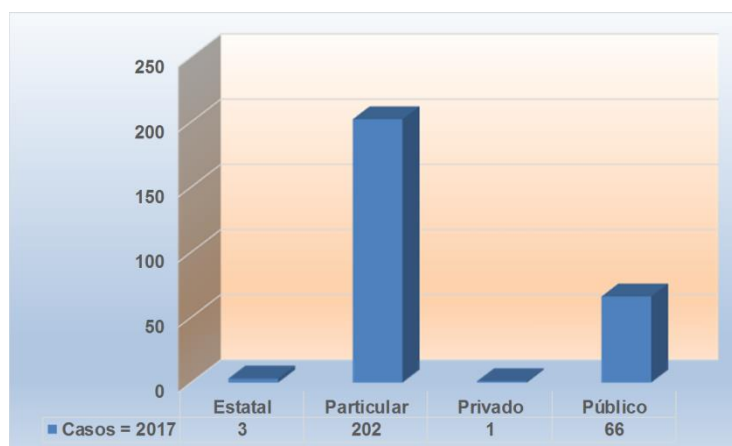
Lesiones por Accidentes de tránsito Según fuente de financiamiento atendidos en el Hospital a Regional Guillermo Díaz de la Vega - 2017



Fuente: Vigilancia Epidemiológica HRGDV 2017

Lesiones de accidentes de tránsito Según fuente de financiamiento en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega- 2017; se observa el de mayor porcentaje de fuente de financiamiento es el por el SOAT con (96,24%); seguido de privados o particular con (3,76%).

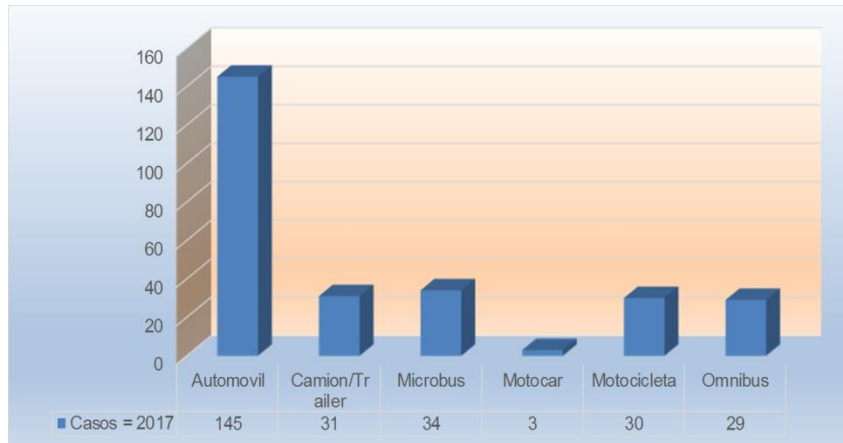
Lesiones por Accidentes de tránsito Según condición de vehículo - Hospital a Regional Guillermo Díaz de la Vega - 2017



Fuente: Vigilancia Epidemiológica HRGDV 2017

Lesiones de accidentes de tránsito según condición de vehículo - Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega 2017; el de mayor porcentaje es el de vehículos particular con (64,26%); seguido de público con un porcentaje de (32,60%) y estatal en un (1,57%).

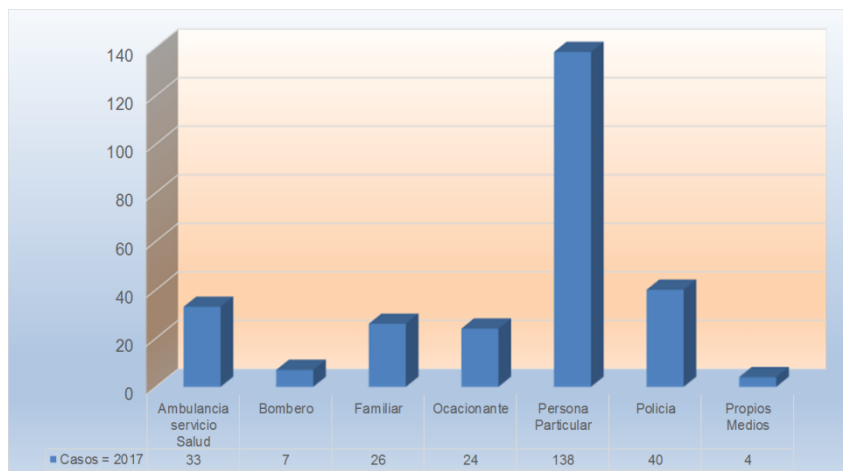
Lesiones por Accidentes de tránsito Según el tipo de vehículo motorizado- Hospital a Regional Guillermo Díaz de la Vega - 2017



Fuente: Vigilancia Epidemiológica HRGDV 2017

Según tipo de vehículo motorizado que ocasiona el accidente - Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega del año 20167; el que produce mayor frecuencia de accidentes por automóvil con 145 casos, seguido por microbús con 34 casos.

Lesiones por Accidentes de tránsito Según traslado del lesionado atendidos de en el Hospital a Regional Guillermo Díaz de la Vega -2017



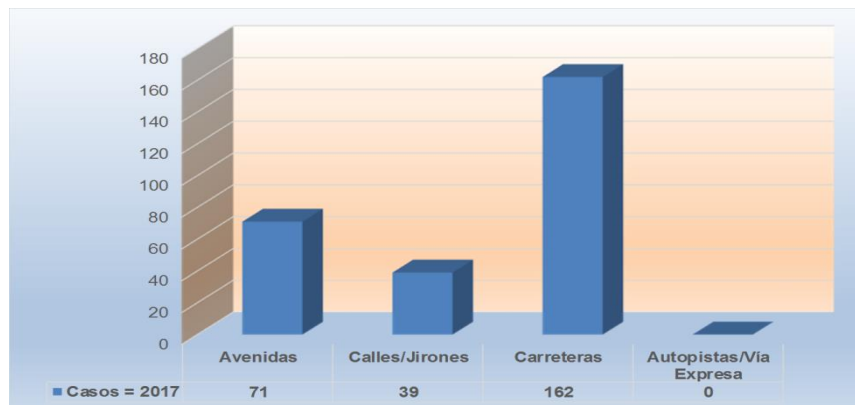
Fuente: Vigilancia Epidemiológica HRGDV2017

El traslado del lesionado por accidentes de tránsito - Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega 2017; se observa el que mayormente traslada al paciente lesionado es persona particular con 138 casos con un porcentaje de (45.77%); seguido por la policía con 40 casos (10,76%).

A
S
I
S

2
0
1
7

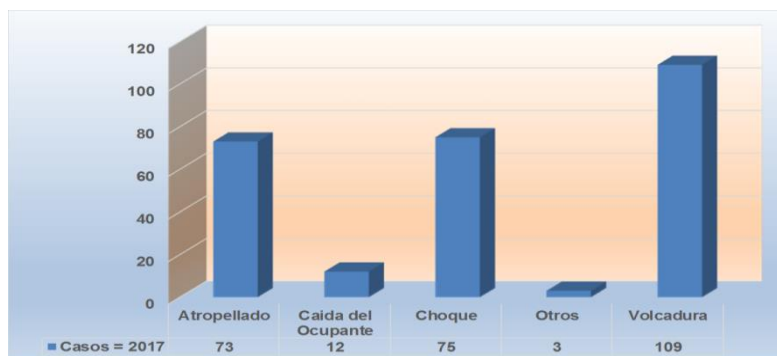
Lesiones por Accidentes de tránsito Según vías principales de ocurrencia de accidentes - Hospital a Regional Guillermo Díaz de la Vega al mes de Junio del 2017



Fuente: Vigilancia Epidemiológica HRGDV 2017

Lesiones por Accidentes de tránsito Según vías principales de ocurrencia de accidentes atendidos en el Hospital a Regional Guillermo Díaz de la Vega - 2017; se observa según las vías principales de ocurrencia de mayor porcentaje son de accidentes ocurridas en las carreteras con 162 casos con un porcentaje de (59.5%).

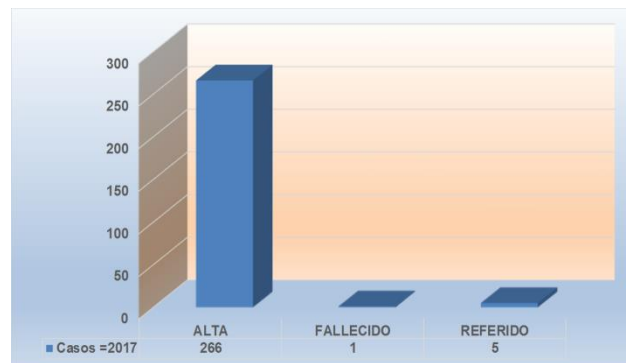
Lesiones por Accidentes de tránsito Según por tipo de accidente - Hospital Guillermo Díaz de la Vega - 2017



Fuente: Vigilancia Epidemiológica HRGDV 2017

Lesiones por accidentes de tránsito Según tipo de accidente atendidos en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - 2017; hay mayor frecuencia de accidente por volcadura con (40%); seguido de colisión con un (27.5%) y atropello con (26.8%).

Lesiones por Accidentes de tránsito Según por condición de egreso- Hospital Guillermo Díaz de la Vega - 2017

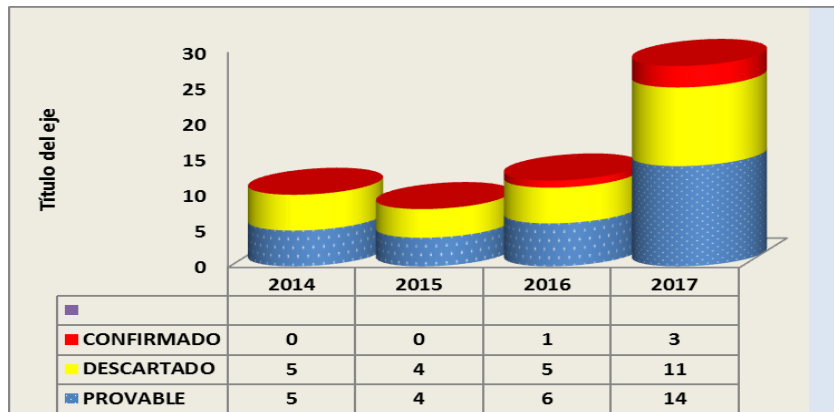


Fuente: Vigilancia Epidemiológica HRGDV 2017

Lesiones por accidentes de tránsito Según condición de egreso atendidos en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - 2017; mayormente los pacientes salieron de alta en un (97.7%).

VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE ENFERMEDADES PREVENIBLES POR VACUNAS

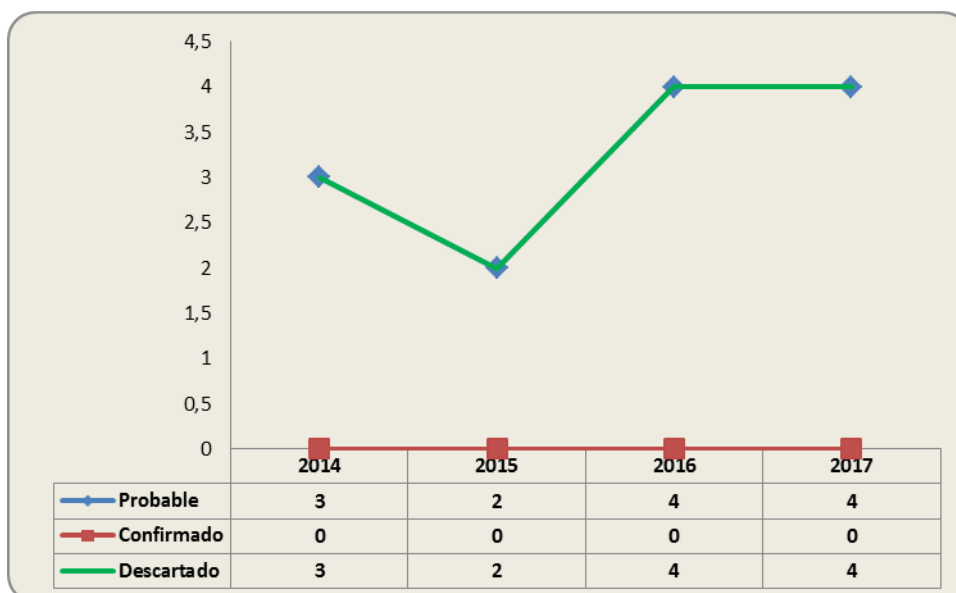
Casos Probables de Tos Ferina (Coqueluchoide) Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega 2014– 2017



Fuente: Unidad de Epidemiología HRGDV 2017

Con la vigilancia epidemiológica de Casos de Tos Ferina o Coqueluchoide al año 2017; se notificaron 14 casos probables y se confirmaron 3 casos en niños menores de 1 año.

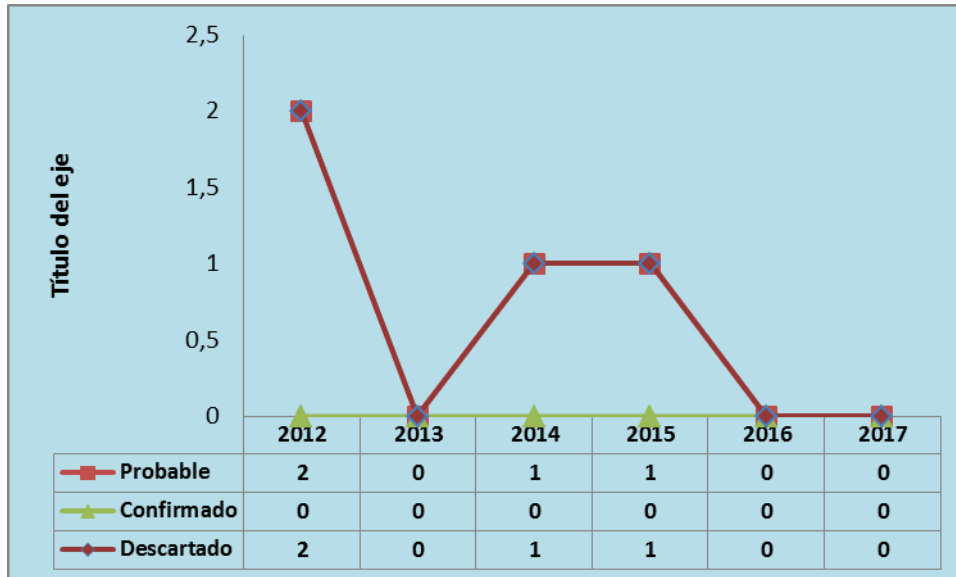
Casos Probables de Sarampión y Rubéola Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega 2014– 2017



Fuente: Unidad de Epidemiología HRGDV 2017

Los casos de Sarampión y Rubeola atendidos en el HRGDV del 2014 al 2017; todas fueron probables y fueron descartadas por el INS.

Casos Probables de Parálisis Flácida aguda - Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega 2012– 2017

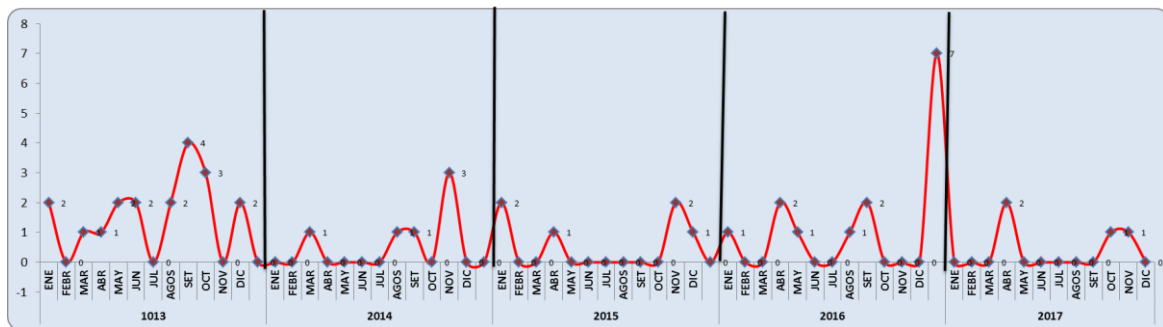


Fuente: Unidad de Epidemiología HRGDV 2017.

A
S
I
S

2
0
1
7

TENDENCIA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE HEPATITIS B DEL 2013 - 2017



Fuente: Vigilancia Epidemiológica del 2017

SITUACIÓN DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA INFLUENZA, OVR E IRAG – HRGDV- 2017

El año 2009, se presentó la pandemia de influenza por el subtipo A (H1N1) que tuvo un impacto moderado; se reportaron casos confirmados de al menos 214 países o territorios del mundo, con 18 449 defunciones. En el Perú la transmisión se extendió a los 24 departamentos del país, notificándose más de 10 000 casos confirmados, de los cuales 312 fallecieron; la pandemia afectó principalmente a niños y adultos jóvenes; las tasas de mortalidad y letalidad fueron más altas en los grupos de mayor edad, el 74% de las muertes estuvieron relacionadas a comorbilidad o condición de riesgo.

En agosto del 2010, la OMS da por finalizada la pandemia, el virus es denominado influenza A (H1N1) y ha continuado circulando los años siguientes como virus de influenza estacional. Desde entonces es incluido como una de las cepas para la elaboración de las vacunas contra influenza.

Desde febrero del 2012, la vigilancia de influenza y otros virus respiratorios (OVR) en el Perú tiene 3 componentes: la vigilancia centinela del síndrome gripal, la vigilancia centinela de las infecciones respiratorias agudas graves (IRAG) y muertes por IRAG, y la vigilancia nacional de IRAG inusitada, normada por una directiva nacional. Los primeros casos se reportaron en las ciudades fronterizas con Chile (Tarata, Locumba y Tacna), desde Tacna, y Yunguyo y Desaguadero en el Departamento de Puno, se diseminó de sur a norte hasta llegar a Lima, la primera semana de agosto, las últimas ciudades afectadas fueron Iquitos, Tumbes y Chachapoyas a donde llegó la tercera semana de diciembre. Las tasas de ataque observadas fluctuaron entre 20 y 40% en la costa, mientras que en la sierra, fluctuaron en alrededor del 70%, se notificaron al Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, nombre con el que se conocía el Ministerio de Salud, 135 292 casos con una tasa de ataque de 15 por cada 1000 habitantes. Durante esta pandemia en el Perú, se notificaron 1081 defunciones (Letalidad de 0,8%). El 31 de marzo del 2013, China comunicó a la Organización Mundial de Salud las primeras infecciones humanas por el virus A(H7 N9), en las zonas afectadas se cerraron los mercados de aves de corral que se identificaron como fuente de transmisión para los humanos, una enfermedad

severa en humanos causado por el virus de influenza que fue distinto al virus circulante en humanos, estos subtipos de virus provocan cuadros característicos de fiebre alta, tos, dolor de cabeza, malestar general, e inflamación de las vías respiratorias superiores e inferiores. En casos severos las complicaciones como la neumonía, la bronquitis hemorrágica y la falla multi-organica la afectación del sistema nervioso central pueden causar la muerte.

El Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega como hospital referencial atendió la demanda procedente del departamento de Apurímac desde el año que se presentaron los casos de H1N1 a través de la Oficina de Epidemiología realizando la Vigilancia, Prevención y Control del Influenza H1 N1 desde el año 2009, con la conformación del Comité, y el Plan de Contingencia del Influenza.

II.- ANTECEDENTES

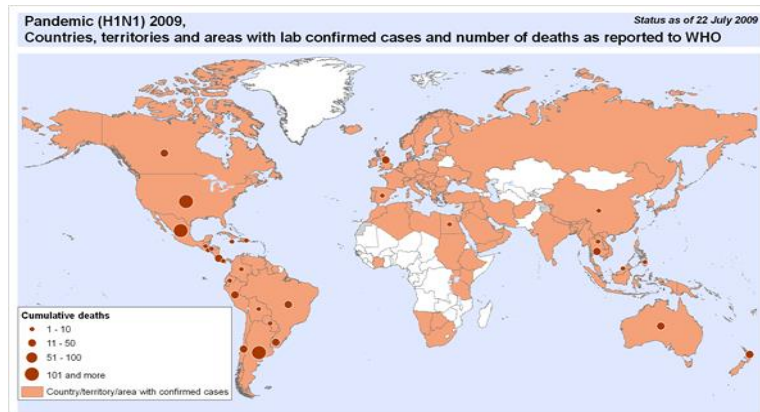
En marzo y a principios de abril del 2009, se presentaron brotes de infecciones respiratorias agudas (IRA) en México; el 12 de abril, se notificó a la Organización Panamericana de la Salud (OPS) un brote de SG en una comunidad pequeña del estado de Veracruz. El 17 de abril, un caso de neumonía atípica en el estado de Oaxaca, originó la Intensificación de las medidas de vigilancia en todo México. El 23 de abril, se informaron a la OPS varios casos de infecciones respiratorias agudas graves (IRAG) por virus de influenza A (H1N1) de origen porcino (VIO-P), confirmadas por laboratorio.

Además, en varios países se han reportado infecciones por el VIO-P en personas que habían viajado a diferentes áreas de México en los 7 días previos a la aparición de la enfermedad (16), este nuevo virus de influenza A (H1N1) se diseminó rápidamente a través del mundo.

El 25 de abril del 2009, la OMS declaró a la epidemia como una “emergencia de salud pública internacional” y el 27 de abril, eleva el nivel de alerta pandemia a fase 4, que indica transmisión sostenida de un nuevo virus de influenza de persona a persona.

A
S
I
S

2
0
1
7



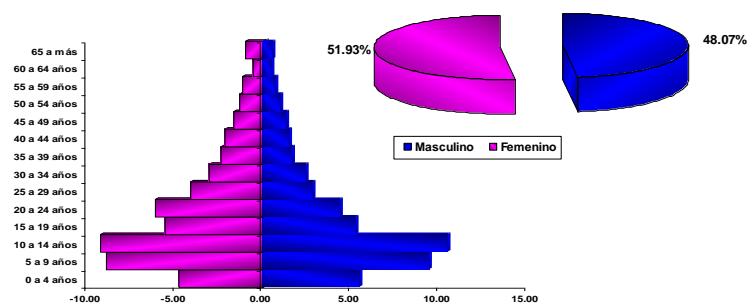
Casos confirmados y letalidad por Influenza A (H1N1) por países de las Américas 2009 según OPS**

Países/Estados	Casos	Muertes	%
St. Kitts y Nevis	3	1	33.33
Paraguay	184	13	7.07
Argentina	4085	219	5.36
Jamaica	53	2	3.77
Uruguay	550	20	3.64
Colombia	248	9	3.63
Rep. Dominicana	131	3	2.29
Costa Rica	560	12	2.14
Brasil	1566	29	1.85
Ecuador	503	9	1.79
México	15725	141	0.90
El Salvador	379	3	0.79
EE.UU.	43771	302	0.69
Bolivia	739	5	0.68
Perú	4781	30	0.63
Chile	11393	68	0.60
Honduras	172	1	0.58
Guatemala	395	2	0.51
Canadá	10156	50	0.49
Panamá	552	1	0.18
Total en Américas	94886	901	0.95

Fuente: Renace-DGE-INS-NMRCO

En el Perú, en el año 2009, la pandemia de la Influenza por virus A H1 N1 afecto a más de 4781 casos y 30 muertes

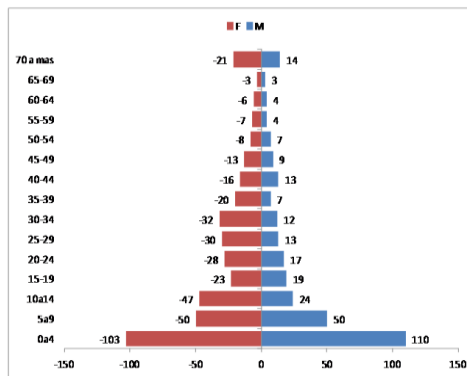
Casos confirmados de influenza A (H1N1) según sexo Perú 2009



Fuente: RENACE – DGE- INS - NMRCD

* **CASOS PROBABLES DE INFLUENZA A H1N1, POR GRUPO DE EDAD Y SEXO REGION APURIMAC AÑO 2009**

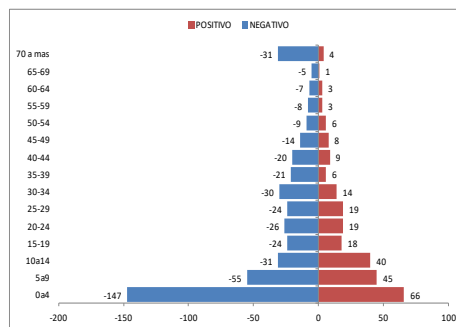
EDAD	TOTAL	%	% ACUM
0a4	213	29.9	29.9
5a9	100	14.0	43.9
10a14	71	10.0	53.9
15-19	42	5.9	59.7
20-24	45	6.3	66.1
25-29	43	6.0	72.1
30-34	44	6.2	78.3
35-39	27	3.8	82.0
40-44	29	4.1	86.1
45-49	22	3.1	89.2
50-54	15	2.1	91.3
55-59	11	1.5	92.8
60-64	10	1.4	94.2
65-69	6	0.8	95.1
70 a mas	35	4.9	100.0
TOTAL	713	100	



Fuente: Renace-Epidemiología DIRESA.

* **% CASOS CONFIRMADOS DE INFLUENZA A H1N1, POR GRUPO DE EDAD REGION APURIMAC AÑO 2009**

EDAD	CASOS PROBABLES	RESULTADO POSITIVO	%	% ACUM
0a4	213	66	25.3	25.3
5a9	100	45	17.2	42.5
10a14	71	40	15.3	57.9
15-19	42	18	6.9	64.8
20-24	45	19	7.3	72.0
25-29	43	19	7.3	79.3
30-34	44	14	5.4	84.7
35-39	27	6	2.3	87.0
40-44	29	9	3.4	90.4
45-49	22	8	3.1	93.5
50-54	15	6	2.3	95.8
55-59	11	3	1.1	96.9
60-64	10	3	1.1	98.1
65-69	6	1	0.4	98.5
70 a mas	35	4	1.5	100.0
TOTAL	713	261	100.0	



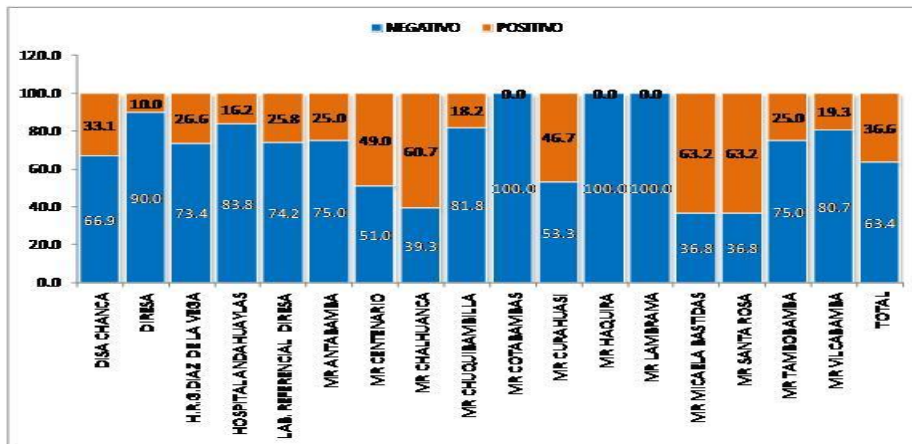
Fuente: Renace-Epidemiología DIRESA

CASOS CONFIRMADOS DE INFLUENZA PANDEMICA AH1N1, POR HOSP Y MICRO RED, REGION APURIMAC AÑO 2009

MICRO RED, HOSP, LAB	TOTAL	RESULTADO		%	
		NEGATIVO	POSITIVO	NEGATIVO	POSITIVO
DISA CHANCA	154	103	51	66.9	33.1
DIRESA	10	9	1	90.0	10.0
H.R.G. DIAZ DE LA VEGA	124	91	33	73.4	26.6
HOSPITAL ANDA HUAYLAS	37	31	6	83.8	16.2
LAB. REFERENCIAL DIRESA	62	46	16	74.2	25.8
MR ANTABAMBA	4	3	1	75.0	25.0
MR CENTENARIO	51	26	25	51.0	49.0
MR CHALHUANCA	135	53	82	39.3	60.7
MR CHUQUIBAMBILLA	11	9	2	81.8	18.2
MR COTABAMBAS	2	2	0	100.0	0.0
MR CURAHUASI	15	8	7	53.3	46.7
MR HAQUIRA	4	4	0	100.0	0.0
MR LAMBRAMA	1	1	0	100.0	0.0
MR MICAELA BASTIDAS	19	7	12	36.8	63.2
MR SANTA ROSA	19	7	12	36.8	63.2
MR TAMBOBAMBA	8	6	2	75.0	25.0
MR VILCABAMBA	57	46	11	80.7	19.3
TOTAL	713	452	261	63.4	36.6

Fuente: Renace-Epidemiología DIRESA

CASOS PROBABLES Y CONFIRMADOS DE INFLUENZA PANDEMICA AH1N1, POR HOSP Y MICRO RED, REGION APURIMAC AÑO 2009



Fuente: Renace-Epidemiología DIRESA

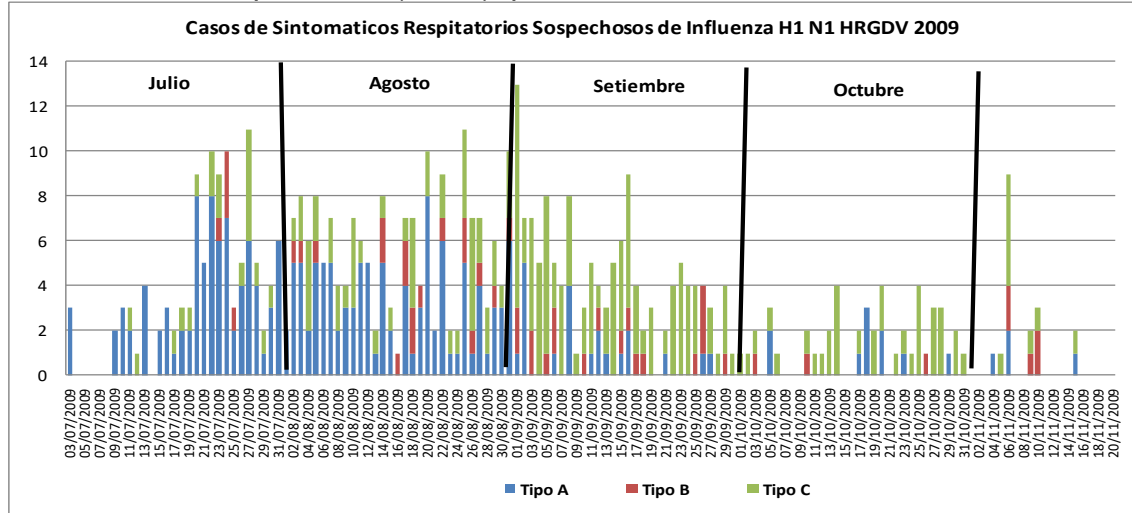
ANÁLISIS 2017

% CASOS CONFIRMADOS DE LOS PROBABLES, INFLUENZA PANDEMICA, AH1N1, POR EE.SS, REGION APURIMAC AÑO 2009

ESTAB. DE SALUD	TOTAL	RESULTADO		%	
		NEGATIVO	POSITIVO	NEGATIVO	POSITIVO
C.S. COTARUSE	5	0	5	0	100
C.S. VILLAGLORIA	5	0	5	0	100
P.S ANCOBAMBA	2	0	2	0	100
P.S TAPAYRIHUA	1	0	1	0	100
P.S. IHUAYLLO	1	0	1	0	100
P.S. TORAYA	3	0	3	0	100
C.S. CAPAYA	6	1	5	17	83
C.S. SANTA ROSA	12	3	9	25	75
P.S. CHACAPUENTE	19	6	13	32	68
C. M. SANTA TERESA	18	7	11	39	61
P.S. SAÑAYCA	9	4	5	44	56
H. CHALHUANCA	92	42	50	46	54
C.S. CACHORA	12	6	6	50	50
C.S. CASINCHIHUA	2	1	1	50	50
C.S. CURAHUASI	14	7	7	50	50
C.S. TAMBURCO	2	1	1	50	50
ESSALUD-ABANCA	24	12	12	50	50
H. TAMBOBAMBA	4	2	2	50	50
P.S. MAMARA	8	4	4	50	50
C.S. BELLAVISTA	24	13	11	54	46
C.S. VILCABAMBA	6	4	2	67	33
DISA CHANCA	124	88	36	71	29
C. S. PUEBLO JOVEN	7	5	2	71	29
HOSPITAL G.D.V	124	91	33	73	27
H. ANTABAMBA	4	3	1	75	25
LAB. REF. DIRESA	72	55	17	76	24
H. ANDAHUAYLAS	43	34	9	79	21
H. CHUQUIBAMBILLA	11	9	2	82	18
P.S CONCCACA	41	36	5	88	12
C. M. V. DEL CARMEN	1	1	0	100	0
C.S. COTABAMBAS	2	2	0	100	0
C.S. HAQUIRA	3	3	0	100	0
C.S. LAMBARAMA	1	1	0	100	0
C.S. PROGRESO	1	1	0	100	0
P.S CHACÑA	2	2	0	100	0
P.S CHAPIMARCA	2	2	0	100	0
P.S MAMARA	1	1	0	100	0
P.S. CCOCHA	1	1	0	100	0
P.S. TAMBULLO	4	4	0	100	0
TOTAL	713	452	261	63	37

Fuente: Vigilancia Epidemiológica 2009.

Sintomáticos Respiratorios (IRAG), probables de Influenza H1 N1 HRGDV 2009



Fuente: Vigilancia Epidemiológica HRGDV 2009.

**A
S
I
S

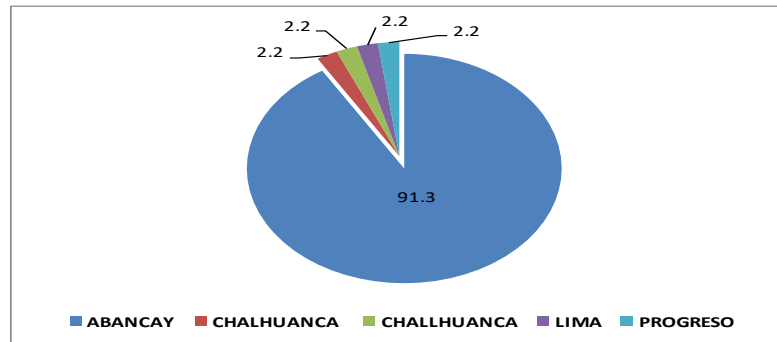
2
0
1
7**

Casos Sintomáticos Respiratorios Probables de Influenza H1N1 HRGDV-2009

Tipo A	224	46.19
Tipo B	51	10.52
Tipo C	210	43.30
Total Probable	485	100.00

Fuente: Vigilancia Epidemiológica HRGDV-2009.

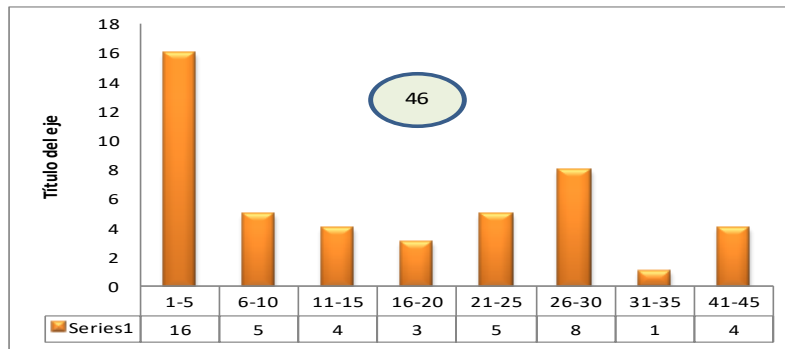
Casos confirmados de Influenza H1 N1 por procedencia HRGDV 2009



Fuente: Vigilancia Epidemiológica 2009.

Casos confirmados de Influenza H1 N1 por grupos de edad HRGDV 2009

**A
S
I
S
2
0
1
7**



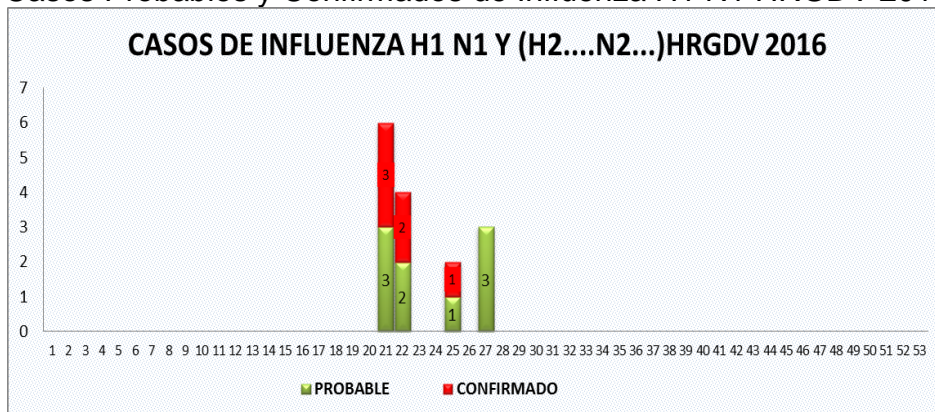
Fuente: Vigilancia Epidemiológica 2009.

Casos Probables y Confirmados de Influenza H1 N1 HRGDV 2013

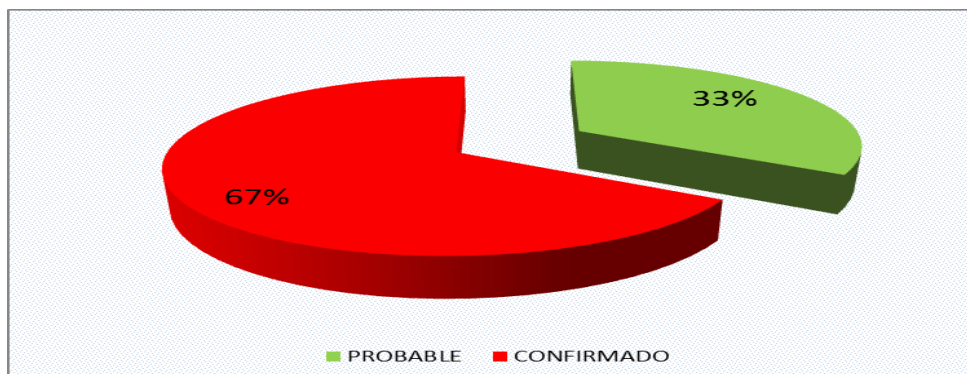
CASOS DE INFLUENZA HRGDV 2013			
TIPO DE INFLUENZA	M	F	TOTAL
NEGATIVO	27	30	57
POSITIVO / H1N1	2	2	4
POSITIVO / H3N2	1	1	2
Total general	30	33	63

Fuente: Vigilancia Epidemiológica 2009.

Casos Probables y Confirmados de Influenza H1 N1 HRGDV 2016

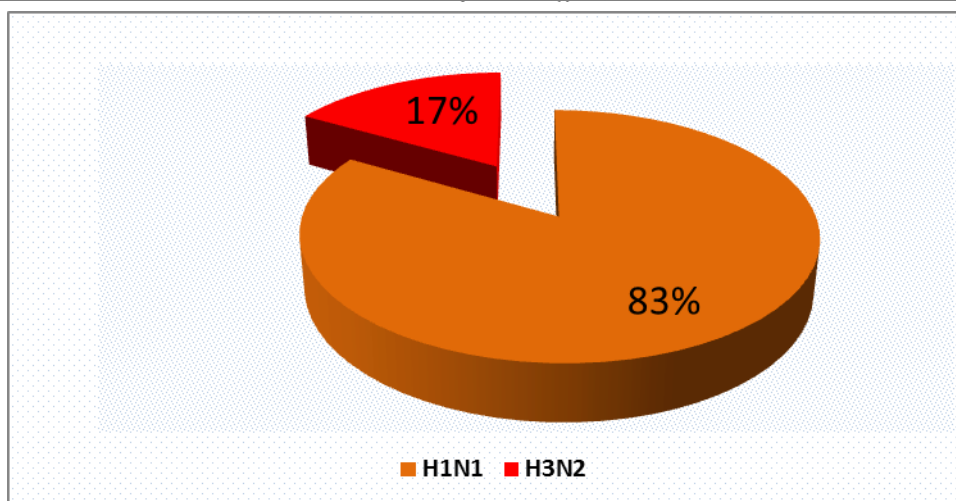


Fuente: Vigilancia Epidemiológica 2016.



Fuente: Vigilancia Epidemiológica 2016

Casos de Influenza H1 N1 y H3N2 HRGDV 2016

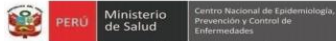


Fuente: Vigilancia Epidemiológica 2016.

**SITUACION EPIDEMIOLOGICA DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR
 VECTORES HRGDV 2017**

SITUACION EPIDEMIOLOGICA DE MALARIA HRGDV 2017

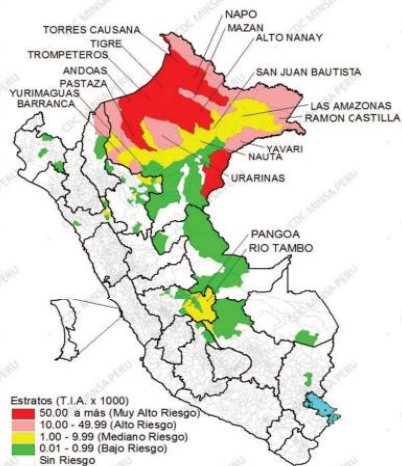
ANÁLISIS 2017



**Casos de malaria por departamentos
 Perú 2017***

Departamentos	Tipos de Malaria			Incidencia x 1000	%	Muertes
	Vivax	Falciparum	Total			
LORETO	12671	4353	17024	16.08	95.02	3
AMAZONAS	362	0	362	0.85	2.02	0
JUNIN	167	0	167	0.12	0.93	0
SAN MARTIN	109	47	156	0.18	0.87	0
CUSCO	121	0	121	0.09	0.68	0
LA LIBERTAD	34	0	34	0.02	0.19	0
UCAYALI	21	7	28	0.06	0.16	0
AYACUCHO	18	0	18	0.03	0.10	0
PIURA	4	0	4	0.00	0.02	0
PUNO	1	0	1	0.00	0.01	0
MADRE DE DIOS	1	0	1	0.01	0.01	0
PASCO	0	0	0	0.00	0.00	0
TACNA	0	0	0	0.00	0.00	0
ICA	0	0	0	0.00	0.00	0
AREQUIPA	0	0	0	0.00	0.00	0
ANCASH	0	0	0	0.00	0.00	0
LAMBAYEQUE	0	0	0	0.00	0.00	0
HUANUCO	0	0	0	0.00	0.00	0
LIMA	0	0	0	0.00	0.00	0
CAJAMARCA	0	0	0	0.00	0.00	0
CALLAO	0	0	0	0.00	0.00	0
TUMBES	0	0	0	0.00	0.00	0
HUANCAVELICA	0	0	0	0.00	0.00	0
APURIMAC	0	0	0	0.00	0.00	0
MOQUEGUA	0	0	0	0.00	0.00	0
Total general	13509	4407	17916	0.57	100.00	3

Mapa de incidencia de malaria total por distritos Perú 2017*



FUENTE : Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades - MINSU
 (*) Hasta la SE 20 del 2017



Malaria por P. vivax: Perú 2017*

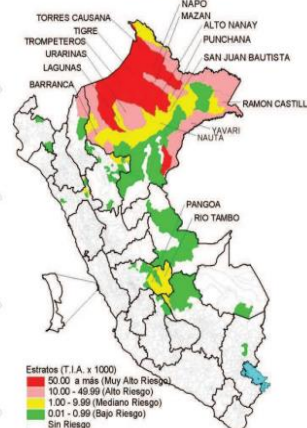
**Curva de casos de malaria por P. Vivax
 Perú 2014 – 2017***



**Casos de Malaria por especies y por años
 Perú 2012 - 2016**

Tipo Dx	2,012	2,013	2,014	2,015	2,016
P. Vivax	27702	40917	54823	50507	41288
P. Falciparum	4002	7922	10416	12646	15319
Notificados	31,704	48,839	65,239	63,153	56,607

**Mapa de Riesgo de Malaria por P. vivax
 Perú 2017***

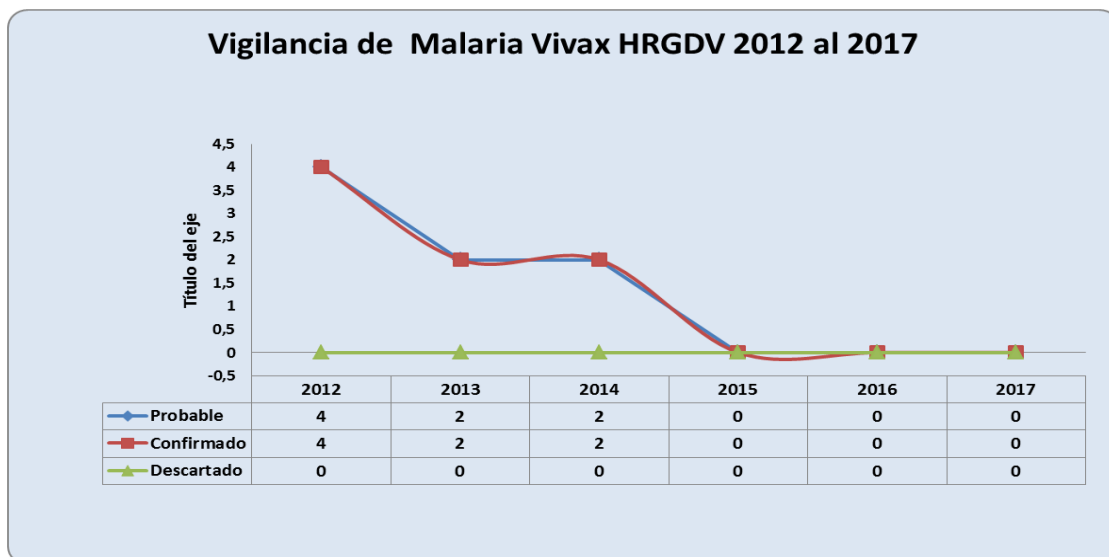


**Casos de malaria por especies y por años
 Perú 2012* - 2017***

Tipo Dx	2,013	2,014	2,015	2,016	2,017
P. Vivax	14402	18146	16118	17867	13509
P. Falciparum	2368	2418	3439	5715	4407
Notificados	16,770	20,564	19,557	23,582	17,916

FUENTE : Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades - MINSU
 (*) Hasta la SE 20 del 2017

Casos de Malaria Vivax - Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega 2012-2017



Fuente: Unidad de Epidemiología HRGDV

La OPS / OMS hace hincapié en la necesidad de que los Estados Miembros continúen sus esfuerzos para alcanzar los objetivos del Plan de Acción para la Eliminación de la Malaria 2016-2020 relacionados con la interrupción de la transmisión local, la reducción de la incidencia de casos y la mortalidad asociada. La Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) alerta sobre el riesgo de ocurrencia de brotes, aumento de casos y defunciones en áreas endémicas, así como sobre la posible re introducción de la enfermedad en áreas en las que se ha interrumpido la transmisión. Los logros alcanzados en el camino hacia la eliminación de la enfermedad en la Región, pueden verse comprometidos si no se mantienen o fortalecen las acciones de vigilancia y control de la enfermedad. La OPS/OMS insta a fortalecer las acciones relacionadas con la detección temprana e inicio inmediato del tratamiento con base al diagnóstico parasitológico. La intervención principal radica en acortar los tiempos entre el inicio de síntomas, el tratamiento del caso y la acción de investigación-respuesta. La OPS/OMS recomienda que en las áreas conocidas de transmisión, los servicios de salud intensifiquen la vigilancia mediante la intensificación de la detección de casos en las unidades de atención y acciones de búsqueda activa en poblaciones en riesgo, según oriente el análisis de los conglomerados de casos. La comprensión de la dinámica de transmisión local debe permitir optimizar los esfuerzos de búsqueda de casos. En las áreas con

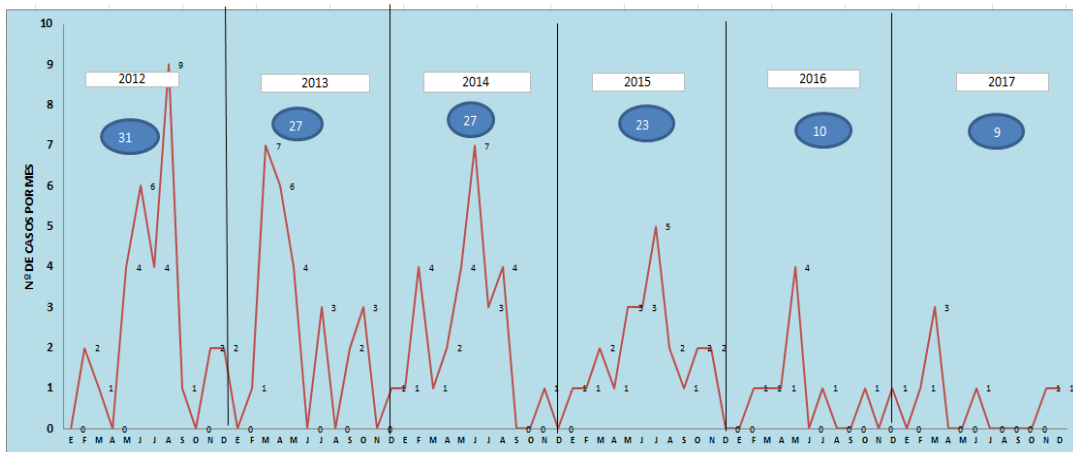
baja transmisión la ocurrencia de nuevos casos debe desencadenar la investigación epidemiológica de cada caso, a fin de determinar su condición de importado, introducido o nativo. Es indispensable que la investigación se realice a pocos días del diagnóstico a fin de orientar la respuesta para la interrupción oportuna de la transmisión.

A
S
I
S

2
0
1
7

INFORME DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE CASOS DE LEISHMANIASIS HRGDV 2017

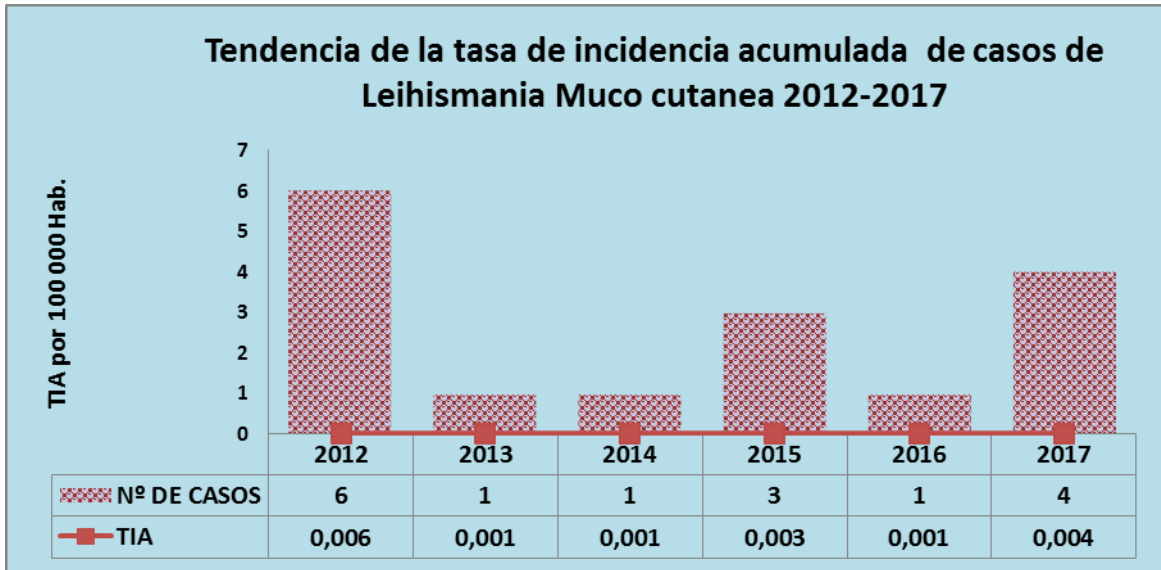
TENDENCIA DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE CASOS DE LEISHMANIASIS DEL AÑO 2012 AL 2017



Fuente: Oficina de Epidemiología HRGDV 2017

Vigilancia epidemiológica de leishmaniasis entre casos autóctonos e importados en el hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega año 2013 al 2016; para el presente año se notificaron sólo 11 casos; así mismo se observa la tendencia de picos en los meses de mayo. En cuanto a los casos de Leishmania mucocutanea ha ido disminuyendo a 2 casos.

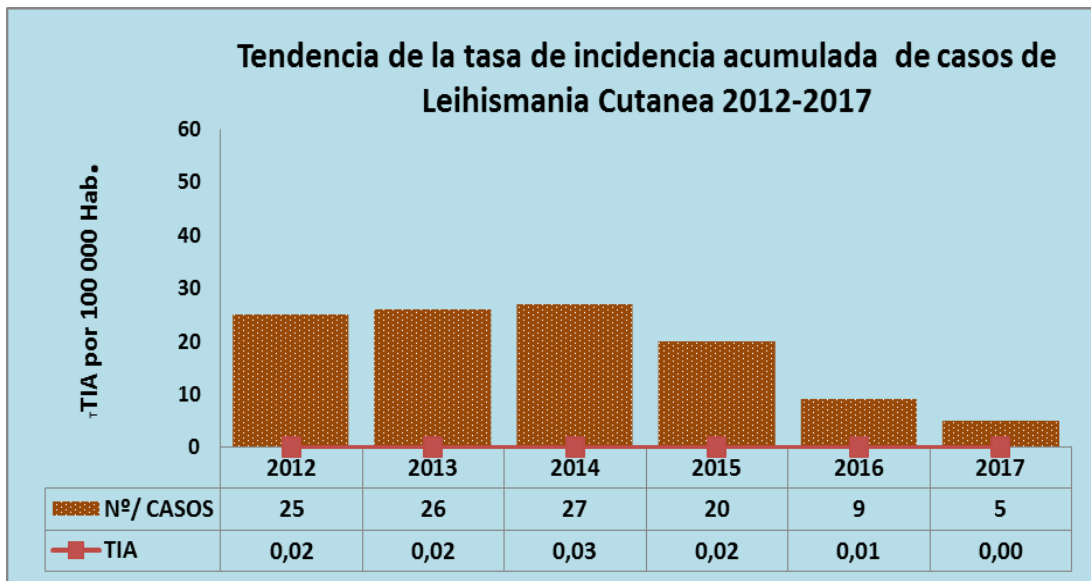
CASOS DE LEISHMANIA MUCOCUTANEA DEL 2012 AL 2017



Fuente: Oficina de Epidemiología HRGDV 2016

A
S
I
S

2
0
1
7



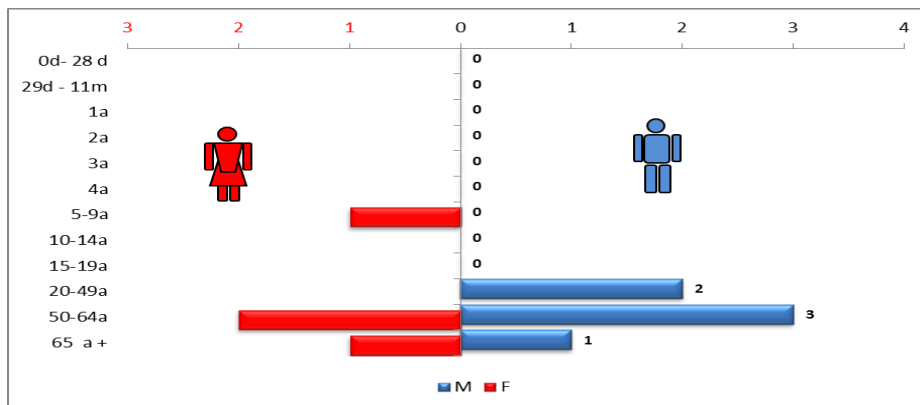
Fuente: Oficina de Epidemiología HRGDV 2017

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE CASOS DE LEISHMANIASIS POR EDAD Y SEXO HRGDV 2017

EDAD	M	%	F	%	TOTAL
0d- 28 d	0	0,00	0	0,00	0
29d - 11m	0	0,00	0	0,00	0
1a	0	0,00	0	0,00	0
2a	0	0,00	0	0,00	0
3a	0	0,00	0	0,00	0
4a	0	0,00	0	0,00	0
5-9a	0	0,00	0	0,00	0
10-14a	0	0,00	0	0,00	0
15-19a	0	0,00	0	0,00	0
20-49a	2	22,22	0	0,00	2
50-64a	3	33,33	2	22,22	5
65 a +	1	11,11	1	11,11	2
TOTAL	6	66,67	3	33,33	9

Fuente: Estrategia Sanitaria de Enfermedades Metaxenicas HRGDV 2017

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE CASOS DE LEISHMANIASIS POR EDAD Y SEXO HRGDV 2017



Fuente: Vigilancia Epidemiológica del 2017

A la semana 52 los casos de leishmaniasis en el hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega año 2016; de un total de 11 casos: El grupo de edad que fue más afectado fue de 20 a 49 años en el sexo masculino con 6 casos con (54.55%) frente al sexo femenino con 0.

SITUACION EPIDEMIOLÓGICA DE CASOS DE LEISHMANIASIS HRGDV-2017

LEHISMANIA	M	F	TOTAL
ANDINA CUTANEA	1	2	3
ANDINO MUCOCUTANEO		1	1
SELVATICA CUTANEA	2		2
SELVATICA MUCOSA	3		3
Total general	6	3	9

SITUACION EPIDEMIOLÓGICA DE CASOS DE LEISHMANIASIS POR LUGAR DE INFECCION HRGDV-2017

LUGAR DE INFECCION	M	F	TOTAL
CURAHUASI		1	1
KITENI	1		1
LABERINTO	3		3
LUCRE		1	1
PICHIRHUA		1	1
QUINCEMIL	1		1
VILCABAMBA	1		1
Total general	6	3	9

Fuente: Estrategia Sanitaria de Enfermedades Metaxenicas HRGDV 2017

Ala semana 52 de la vigilancia de casos de leishmaniosis de los lugares de infección el total de 23 casos notificados: se tuvieron casos importados con mayor frecuencia en un (47, 83%) del departamento de Madre de Dios, seguido del departamento de Apurímac en un (39,13%) y procedentes de Bolivia, Brasil y Cusco en un (4,35%). Las Leishmaniasis constituyen una endemia que afecta ancestralmente a la población andina y selvática de nuestro país. Testimonio de esto lo constituye la impresionante iconografía prehispánica que expresa las secuelas destructivas y deformantes que ocasiona la variedad cutáneo-mucosa de esta enfermedad. Las Leishmaniasis son zoonosis silvestres ocasionadas por parásitos protozoarios del género *Leishmania* existentes en reservorios animales salvajes y transmitidos al hombre por vectores del género *Lutzornya*. En el Perú, se reportan las formas cutáneo-andina o "uta" y cutáneo-mucosa o "espundia tropical". Se estima que 75.0-80.0% de casos reportados corresponden a la forma cutáneo-andina y el 10.0-25.0% restante pertenece a formas cutáneo-mucosas. Existen, predominantemente, dos especies del parásito de transmisión:

L. braziliensis-peruviana, responsable de la variedad cutáneo-andina, y L. braziliensis-braziliensis, que produce la variedad cutáneo-mucosa. Se han descrito en forma aislada algunos casos producidos por L. amazonensis.

Reservorio:

Mamíferos silvestres y domésticos, y el hombre. En el Perú, los reservorios de la L. peruviana (agente de la forma cutánea "uta") son el perro, zarigüeyas y roedores domésticos.

Modo de transmisión:

No existe transmisión de persona a persona. El parásito se transmite por la picadura de un flebótomo (mosquito) hembra infectada con Leishmania. En el Perú, los vectores tienen diferentes nombres, "titira" o "manta blanca" en Huánuco; "angelillo" o "capa blanca" en Ayacucho; "pumamanchachi" o "chuspi" en Ancash; "lalapo" en Cajamarca y "quitis" en el Cusco. Se sospecha que los vectores principales de la leishmaniasis cutánea en los valles occidentales son los mosquitos Lutzomyia peruensis y Lutzomyia verrucarum, ambos de hábitos antropofílicos (pican al hombre) y endofílicos (pican dentro de la casa); en cambio, los vectores de la forma mucocutánea en la región oriental son los mosquitos Lutzomyia tejadai y Lutzomyia maranonensis.

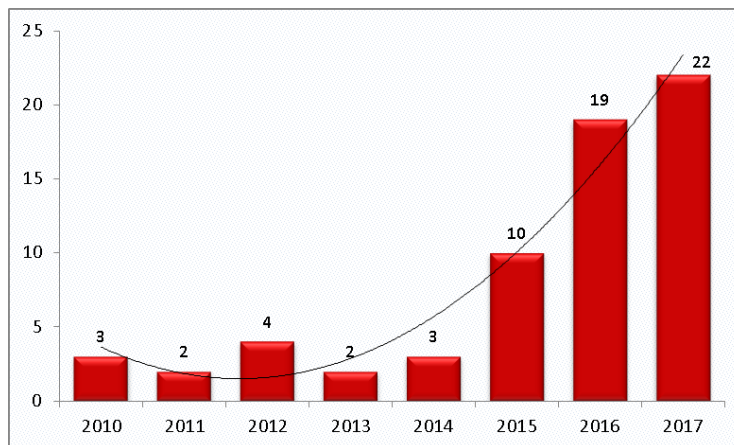
A
S
I
S
2
0
1
7

La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es un importante problema de salud pública a nivel mundial. El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), estimó que 36,9 millones de personas vivían con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en el mundo en el 2017, de ellos, 35,1 millones corresponden a adultos y 1,8 millones a menores de 15 años; asimismo, 21,7 millones de personas tendrían acceso a tratamiento antirretroviral y en el 75 % de los casos se conocía su estado serológico. (1) En América Latina, se estima que el 75 % de personas que viven con VIH conocen su diagnóstico; sin embargo, una de cada tres personas es diagnosticada tardíamente, cuando su sistema inmunológico está comprometido severamente y el 61 % de los casos reciben tratamiento antirretroviral; sin embargo, existen enormes retos si la meta a nivel mundial es poner fin a la epidemia del SIDA como una amenaza para la salud pública para el 2030. Se debe tener en cuenta que detrás de dichas cifras globales, se encuentran múltiples diferencias y disparidades, entre las regiones e incluso dentro de cada país, las cuales, se deben abordar para lograr el control de la epidemia. (2) En el Perú, desde que se identificó el primer caso de SIDA en 1983, el Ministerio de Salud (MINSA) ha venido desarrollando esfuerzos para mejorar la respuesta frente al VIH/SIDA. En 1996, se crea el Programa Nacional de Control de ITS y SIDA (PROCETSS), donde se encontraba el área de Inteligencia Epidemiológica que se encargaba de recibir la notificación de casos de VIH y SIDA. A partir de 2001, se transfiere el Sistema de Vigilancia Epidemiológica del Programa Nacional de Control de ITS y SIDA (PROCETSS) a la Oficina General de Epidemiología que era un órgano asesor de la alta dirección del MINSA.

De acuerdo a las estimaciones realizadas de la epidemia de VIH con el Software Spectrum para el 2017, se estima que en el Perú, existen 72 000 personas con VIH a nivel nacional. De ellas, aproximadamente, una de cada cuatro, aún no saben que tienen la infección. Para el 2017, se estima que ocurrieron 2 800 nuevas infecciones por VIH en la población general. (3) La epidemia de VIH/SIDA en el Perú está clasificada como “concentrada”, afectando en mayor magnitud a grupos de población con mayor riesgo de infección: la prevalencia estimada de VIH en gestantes es de 0,23 %, mientras que entre hombres que tienen sexo con

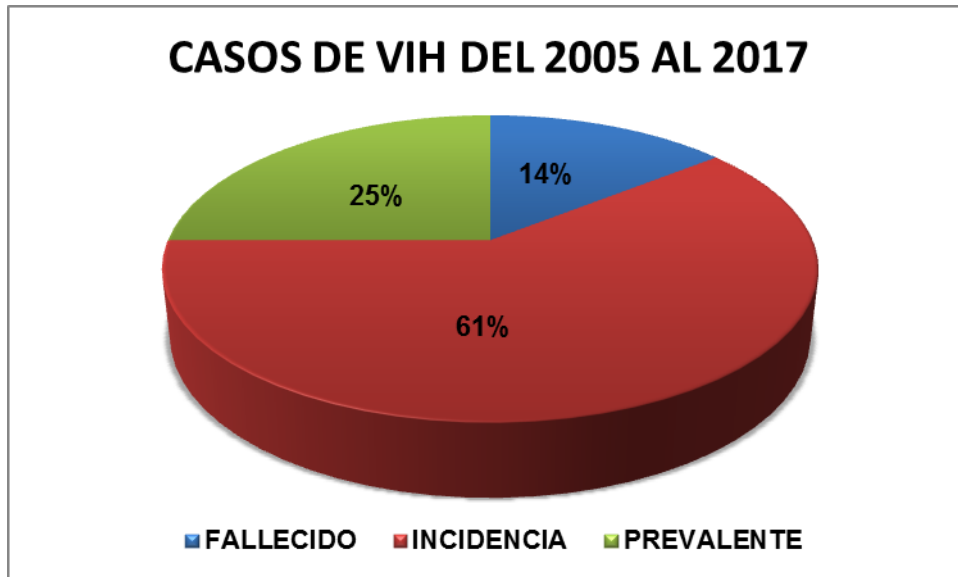
hombres (HSH) es 12 % (1 de cada 8 HSH vive con VIH) y entre mujeres transgénero es de 21 %, es decir, 1 de cada 5 mujeres transgénero vive con VIH (Vigilancia centinela, Lima 2011). Desde 1983, en que se reportó el primer caso de SIDA en el país, hasta la semana epidemiológica (SE) 52 de 2018 se han notificado un total de 120 111 casos de infección por VIH, de los cuales, 42 989 se encuentran en estadio SIDA. En el último quinquenio (2014-2018), se han notificado un promedio de 6 362 casos de infección por VIH y 1 470 eventos de estadio SIDA por año (Fig. 1). En una primera fase de la epidemia, la notificación de casos de VIH y de SIDA mostró una tendencia creciente, hacia el año 1996. Posteriormente, la notificación de casos de VIH ha presentado una tendencia al incremento, entre 2014 al 2016 lo cual evidencia no solo la magnitud de la epidemia, sino los esfuerzos realizados para que la población tenga un mayor acceso a la prueba de VIH, y las modificaciones realizadas al sistema de vigilancia de la infección de VIH como la implementación en versión online y la actualización de definición de caso, con el fin de incrementar su sensibilidad para la captación de casos

SITUACION EPIDEMIOLOGICA DE VIH/ITS POR AÑOS DEL 2004 AL 2017



Fuente: Vigilancia epidemiológica 2017

CASOS DEL 2005 AL 2017	FRECUECIA	%
FALLECIDO	12	14.29
INCIDENCIA	51	60.71
PREVALENTE	21	25.00
Total general	84	100.00



Las ITS y el VIH/SIDA, constituyen un problema de salud pública emergente en la demanda de atención del hospital, del 2004 al año 2017 se tuvieron como incidencia de 51 casos con (60.71%) de VIH-SIDA; de los cuales se tuvieron 21 casos prevalentes en un (25.0%) y 12 fallecidos en (14.29%). Para el año 2017 se incrementó a 22 casos nuevos. La epidemia de VIH ha afectado a los departamentos más densamente poblados de la costa y de la selva, la prevalencia es más baja en la sierra. En el último quinquenio, 51,0 % de los casos de VIH y 53,7 % de SIDA notificados, se han presentado en Lima y Callao, regiones en las observa habita un tercio de la población a nivel nacional. Asimismo, en las demás regiones, los casos se presentan, principalmente, en las capitales de región, es decir, entre la población urbana

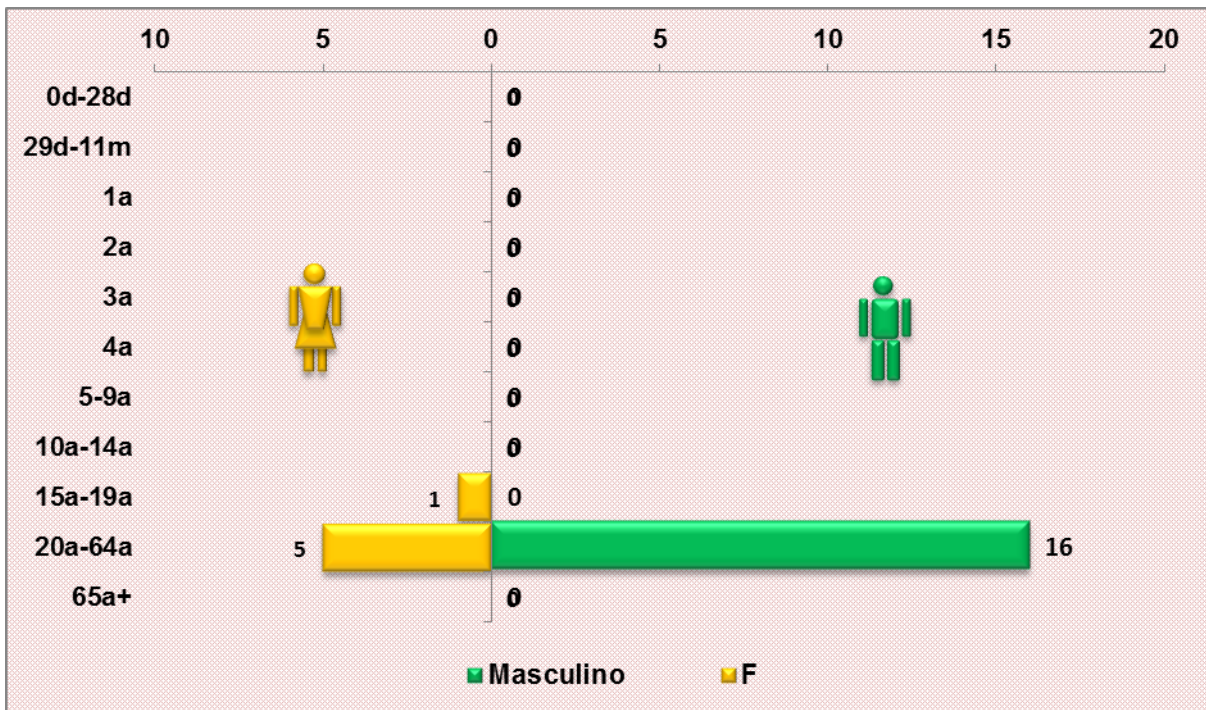
VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE VIH POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO DEL AÑO 2017

Edad	Masculino	%	Femenino	%	Total	%
0d-28d	0	0.00	0	0.00	0	0.00
29d-11m	0	0.00	0	0.00	0	0.00
1a	0	0.00	0	0.00	0	0.00
2a	0	0.00	0	0.00	0	0.00
3a	0	0.00	0	0.00	0	0.00
4a	0	0.00	0	0.00	0	0.00
5-9a	0	0.00	0	0.00	0	0.00
10a-14a	0	0.00	0	0.00	0	0.00
15a-19a	0	0.00	1	5.26	2	10.53
20a-64a	16	84.21	5	26.32	21	110.53
65a+	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Total	16	84.21	6	31.58	22	115.79

Fuente: Vigilancia epidemiológica HRGDV 2017

A
S
I
S

2
0
1
7



Fuente: Vigilancia epidemiológica HRGDV 2017

El documento recopila y describe la dinámica de la epidemia en base a la información producida por el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de VIH/SIDA, en base a la información proporcionada por la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de ITS, VIH/SIDA y Hepatitis, del hospital. Se presentó con mayor predominio en el grupo de edad de 20 a 64 años y seguido de 15 a 19 años de edad.

VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE VIH POR MESES DEL AÑO 2017

MES	M	F	TOTAL
ENERO	5		5
MARZO	3	1	4
MAYO	1		1
JUNIO	2	1	3
OCTUBRE	1	1	2
NOVIEMBRE	2	1	3
DICIEMBRE	2		2
SETIEMBRE		2	2
Total general	16	6	22

Fuente: Vigilancia epidemiológica HRGDV 2017

VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE VIH POR PROCEDENCIA DEL AÑO 2017

PROCEDENCIA	TOTAL
ABANCAY	6
TAMBURCO	6
CURAHUASI	3
COYLLURQUI	2
MARISCAL GAMARRA	2
CHACOCHE	1
HUANCARAMA	1
TOTORA	1
Total general	22

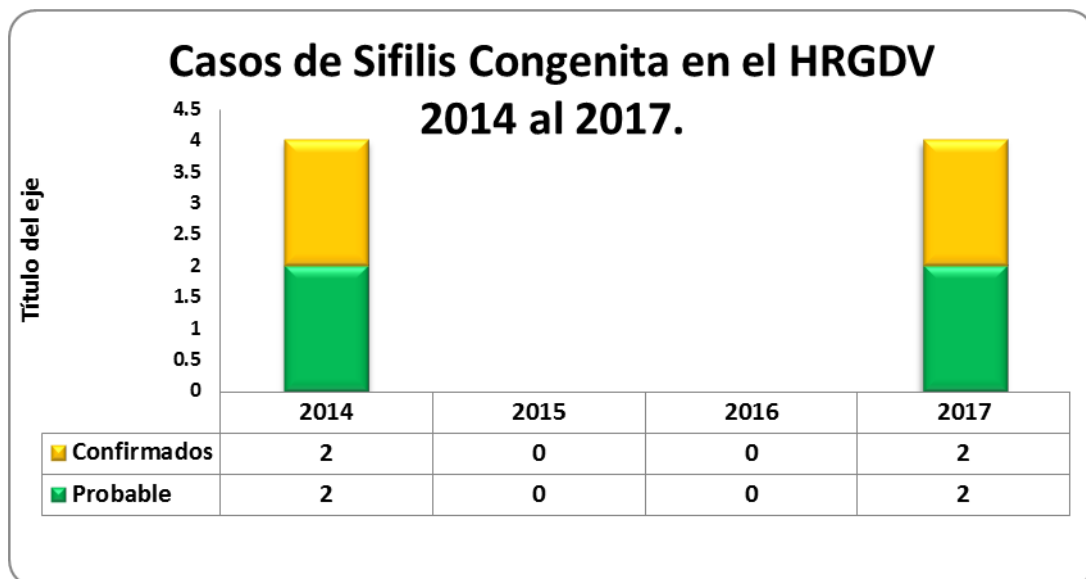
Fuente: Vigilancia epidemiológica HRGDV 2017

VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE VIH POR GRADO DE INSTRUCCION DEL AÑO 2017

GRADO DE INSTRUCCIÓN	M	F	TOTAL
SECUNDARIA	4	4	8
UNIVERSITARIA	7		7
(en blanco)	3	1	4
TECNICA	1	1	2
PRIMARIA	1		1
Total general	16	6	22

Fuente: Vigilancia epidemiológica HRGDV 2017

**Casos de Sífilis Congênita Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega
2014– 2017**



Fuente: Vigilancia epidemiológica HRGDV 2017

Los casos de Sífilis Congénita atendidos en el HRGDV del año 2010 al 2017; la tendencia del análisis de los casos ha ido disminuyendo después de la presentación de los 2 casos a la semana 53 de la vigilancia epidemiológica.

DIAGNOSTICO SITUACIONAL DE LAS INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS DEL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA -2017

El Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega es una unidad Ejecutora orgánica independiente de la Dirección Regional de Salud de Apurímac, es un Hospital de categoría II-2 con un total de 166 camas hospitalarias y un total de 685 trabajadores.

A
S
I
S

2
0
1
7

Tabla Nº 1: Tasas de incidencia de la vigilancia epidemiológica de las infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS).

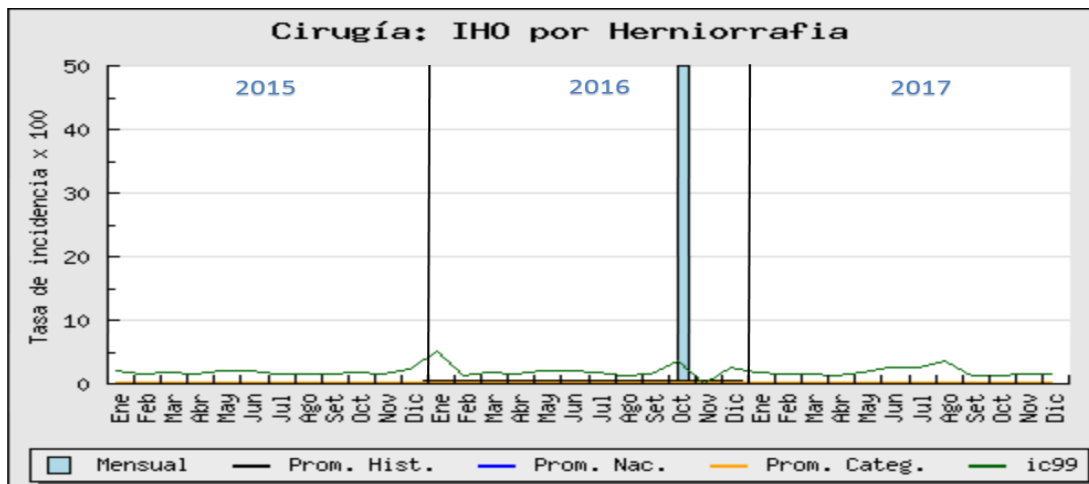
HRGDVA - 2017																										
MES	SERVICIO DE NEONATOLOGIA						UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS						GINECO-OBSTETRICIA				MEDICINA		CIRUGIA							
	Infeccion de Torrente sanguineo asociado a Cateter venoso Central		Infeccion de Torrente sanguineo asociado a Cateter venoso Periferico		Neumonia asociado a Ventilacion Mecanica		Infeccion de Torrente sanguineo asociado a cateter venoso central		Infeccion del tracto urinario asociado a cateter urinario permanente		Neumonia asociado a Ventilacion Mecanica		Endometritis asociado a parto Vaginal		Endometritis asociado a parto por cesarea		Infeccion de herida operatoria asociado a parto por cesarea		Infeccion del tracto urinario asociado a cateter urinario permanente		Infeccion del tracto urinario asociado a cateter urinario permanente		Infeccion de herida operatoria asociado a colecistectomia		Infeccion de herida operatoria asociado a herniorrafia	
	Nº de casos	Dens. Inc. ITS	Nº de casos	Dens. Inc. ITS	Nº de Neu m.	Inc. Neu m.	Nº de casos de ITS	Dens. Inc. ITS	Nº de casos	Dens. Inc. ITU	Nº de casos	Inc. Neu m.	Nº de casos	Inc. Endo m.	Nº de casos	Inc. Endo m.	Nº de casos	Tasa inc. IHO	Nº de casos	Dens. Inc. ITU	Nº de casos	Dens. Inc. ITU	Nº de casos	Tasa inc. IHO	Nº de casos	Tasa Inc. IHO
Enero	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Febrero	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Marzo	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Abril	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Mayo	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Junio	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Julio	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Agosto	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	12.4	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Setiembre	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	10.4	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Octubre	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Noviembre	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Diciembre	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00

Fuente: Fichas de la Vigilancia Epidemiológica.

En la tabla Nº 1 se observa que en el año 2017 se notificó 02 casos de infección asociada a la atención de salud: En el mes de agosto, se notificó 01 caso de neumonía asociado a ventilación mecánica en la Unidad de Cuidados Intensivos General (UCIG), con una densidad de incidencia de 12.4/1000 días de exposición (**Alerta Roja**); en el mes de setiembre también se notificó otro caso de neumonía asociado a ventilador mecánico en UCIG, con una densidad de incidencia de 10.4/1000 días de exposición; ambos casos

notificados nos dan una densidad de incidencia anual de 2.51/1000 por debajo del promedio nacional (11.88/1000) y debajo del nivel de categoría (8.77/1000) días de exposición. Todos los casos, fueron analizados oportunamente en la reunión del Comité de Prevención y Control de IAAS, pero no se llegó a la investigación oportuna.

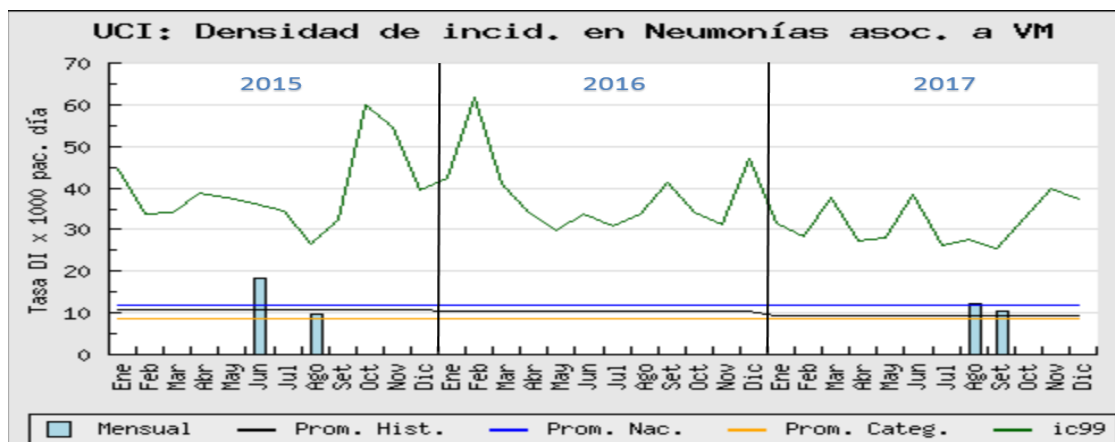
Gráfico N° 1: Tasa de incidencia de infección de herida operatoria asociado a herniorrafia HRGDV 2015-2017



Fuente: OESASO

Según el gráfico N° 1; la tasa de incidencia como valor histórico fue de cero, el año 2016 se notificó 01 caso de infección de herida operatoria post herniorrafia con una tasa de incidencia de 1.25% por encima del promedio nacional y nivel de categoría (0.38%) y para el año 2017 también fue de cero cumpliéndose con la disminución de dicha tasa.

Gráfico N° 2: Densidad de incidencia de Neumonía asociado a ventilador mecánico en la Unidad de Cuidados Intensivos General HRGDV 2013-2017



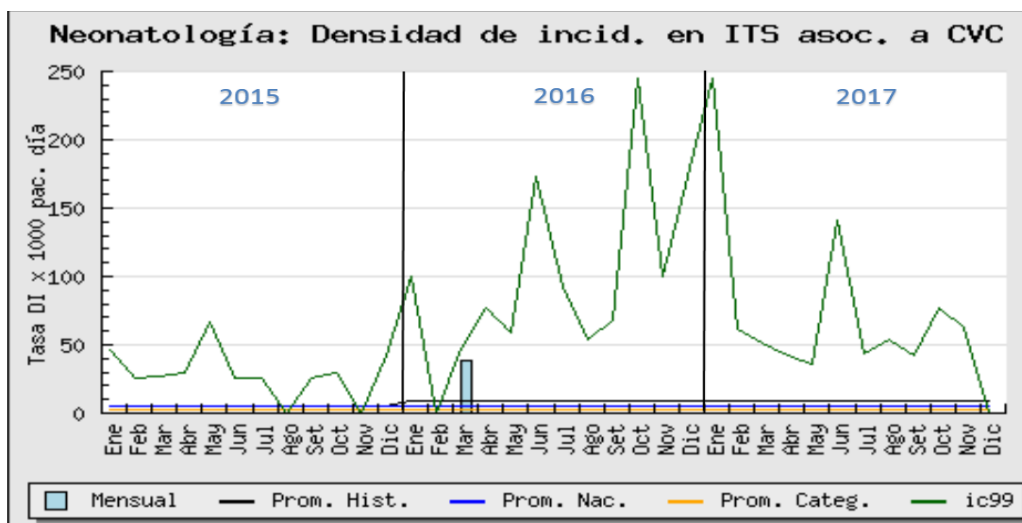
Fuente: OESASO

Según el gráfico N° 2; la densidad de incidencia de neumonía asociado a ventilador mecánico en la UCIG, para el año 2015 fue de 3.16/1000 días de exposición y en el 2017 fue de 2.51/1000 días de exposición; dichas tasas por debajo del promedio nacional 11.88/1000 días de exposición y del nivel de categoría 8.77/1000 días de exposición cumpliéndose con la disminución de dicha tasa.

Gráfico N° 3: Densidad de incidencia de infección del torrente sanguíneo asociado a catéter venoso central en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal HRGDV 2015-2017

A
S
I
S

2
0
1
7



Fuente: OESASO

Según el gráfico N° 3; la densidad de incidencia de infección de torrente sanguíneo asociado a catéter venoso central en la UCI neonatal, para el año 2016 se notificó un caso con una densidad de incidencia de 15.38/1000 días de exposición por encima del promedio nacional 8.77/1000 y del nivel de categoría 2.22/1000 días de exposición; respecto al 2017, no se notificó ningún caso, también cumpliéndose con la disminución de dicha tasa.

VIGILANCIA DE ACCIDENTES BIOLÓGICOS LABORALES EN LOS DIFERENTES SERVICIOS, ÁREAS Y UNIDADES DEL HRGDV – 2017.

Tabla N° 2: Reporte de Accidentes Punzocortantes en el Personal de Salud del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Enero - Diciembre 2017

Numero	Fecha	Edad	Sexo	Profesion	Condicion	Servicio	Objeto
1	14/04/2017	40	Femenino	Técnico en Enfer.	Contratado	Cirugía	Aguja
2	21/06/2017	37	Masculino	Medico	Nombrado	Sala de Operac.	Bisturi
3	02/09/2017	46	Masculino	Personal de Conserv. Y Limpieza	Contratado	Alto riesgo Obst.	Aguja
4	17/10/2017	62	Masculino	Biologo	Practicante	Cirugía	Aguja
5	14/11/2017	54	Femenino	Lic. Enfermería.	Nombrado	Traumatología	Aguja
6	16/12/2017	29	Femenino	Biologo	Contratado	Laboratorio	Capilar

Fuente: OESASO 2017

En la tabla N° 2 se observa la notificación de 06 casos de accidentes punzocortantes en el personal asistencial del HRGDV, de los cuales el 33.3 % pertenecen al grupo ocupacional de biólogos; un 50% son contratados y el 83.3 fueron producidos por aguja.

Tabla N° 3: Reporte de Casos de Tuberculosis en el Personal de Salud del HRGDV - 2017

N°	FECHA	EDAD	SEXO	PROFESION U OCUPACION	CONDICION (*)	SERVICIO DONDE LABORA	TBC MDR	
							SI	NO
NO SE REPORTO CASOS								

Fuente: OESASO

En la tabla N° 3 se observa que no se notificó ningún caso de tuberculosis en el personal de salud del HRGDV durante el año 2017.

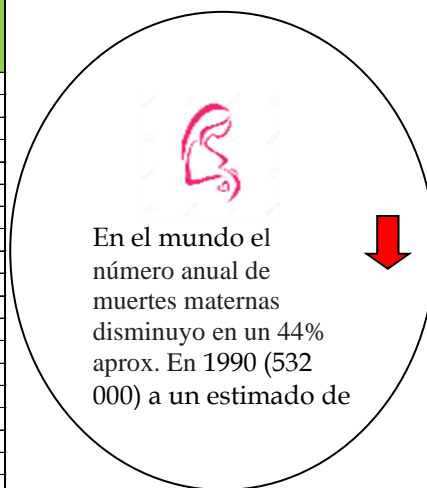
DIAGNOSTICO SITUACIONAL DE LA MORTALIDAD MATERNO PERINATAL.

SITUACION DE LA MORTALIDAD MATERNA

Descenso-mundial.-

Tendencias de la Mortalidad Mundial: 1990 - 2015 las estimaciones de la OMS, UNICEF, UNFPA, Grupo del Banco Mundial y la División de Poblaciones de las Naciones Unidas

REGION	Razón de la Mortalidad Materna(muertes por cada 100.000Nv)		1990-2015 (Meta: 75%)
	1990	2015	
Las regiones desarrolladas	23	12	60
Las regiones en desarrollo	430	239	44
África	870	495	43
África del Norte	171	70	59
África Sub-sahariana	987	546	45
África Oriental	995	424	57
Medio del África	958	650	32
África del Sur	161	167	-4
África Occidental	1120	675	40
América Latina y el Caribe	135	67	50
El Caribe	276	175	37
América Latina	124	60	52
Asia	341	123	64
Asia Oriental	95	27	72
Asia Oriental excluyendo a China	51	43	16
Sur de Asia	538	176	67
El sur de Asia , excluida la India	495	180	64
Asia sudoriental	320	110	66
Asia occidental	160	91	43
Cáucaso y Asia Central	69	33	52
Oceanía	391	187	52
Mundo	385	216	44



Fuente: OESASO –HRGDV development based on the document: Levels & Trends in Maternal Mortality 1990 -2015 Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division

La Evolución de la mortalidad materna: 1990-2015 Estimaciones de la OMS, el UNICEF, el UNFPA, el Grupo del Banco Mundial y la División de Población de las Naciones Unidas estima que a nivel mundial La razón de mortalidad materna (RMM; muertes maternas por 100 000 recién nacidos vivos) disminuyó en cerca de un 44% en los últimos 25 años de una RMM de 385 por 100 000 nacidos vivos en 1990 a una RMM de 216 en el 2015, sin embargo el alto número de muertes maternas en algunas zonas del mundo refleja las inequidades en el acceso a los servicios de salud y subraya las diferencias entre ricos y pobres, donde el (99%) de muertes maternas corresponde a los países en desarrollo: más de la mitad corresponde a África subsahariana y casi un tercio a Asia Meridional.

Las principales complicaciones, causantes del 75% de las muertes maternas, son: las hemorragias graves (en su mayoría tras el parto), las infecciones (generalmente tras el parto), las complicaciones de la Enfermedad Hipertensiva del embarazo (Síndrome de Hellp y eclampsia), complicaciones en el parto, los abortos peligrosos.

Las demás están asociadas a enfermedades como el paludismo o la infección por VIH en el embarazo o causadas por las mismas.

Los progresos con respecto a la reducción de la mortalidad en los países en vías en desarrollo y a la prestación de servicios anticonceptivos han sido insuficientes para alcanzar las metas planteadas en los Objetivos de Desarrollo del Milenio al 2015, Sin embargo aunque se han alcanzado logros significativos, el progreso ha sido desigual a través de las regiones y los países, dejando enormes brechas. Millones de personas siguen desamparadas, en particular los más pobres y los menos favorecidos debido a su sexo, edad, discapacidad, etnia o ubicación geográfica. Se necesitan esfuerzos específicamente dirigidos a alcanzar a aquellas personas más vulnerables. En septiembre de 2015, los Estados Miembros de la Organización de las Naciones Unidas aprobaron la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, que incluye un conjunto de 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) los mismos que reemplazaron los ODM a partir de enero 2016 hasta el 2030, Ofreciendo una nueva oportunidad de mejorar la salud materna de todas las mujeres en todos los países y en todas las circunstancias siendo una de las metas del Objetivo de Desarrollo Sostenible esta en reducir la RMM mundial a menos de 70 por 100 000 nacidos vivos y lograr que ningún país tenga una mortalidad materna que supere el doble de la media mundial.

Tendencias de la Mortalidad: 1990 to 2015 en América Latina las estimaciones de la OMS, UNICEF, UNFPA, Grupo del Banco Mundial y la División de Poblaciones de las Naciones Unidas

“Análisis de la Situación de Salud – Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega”
 Unidad de Epidemiología - OESASO

A
S
I
S

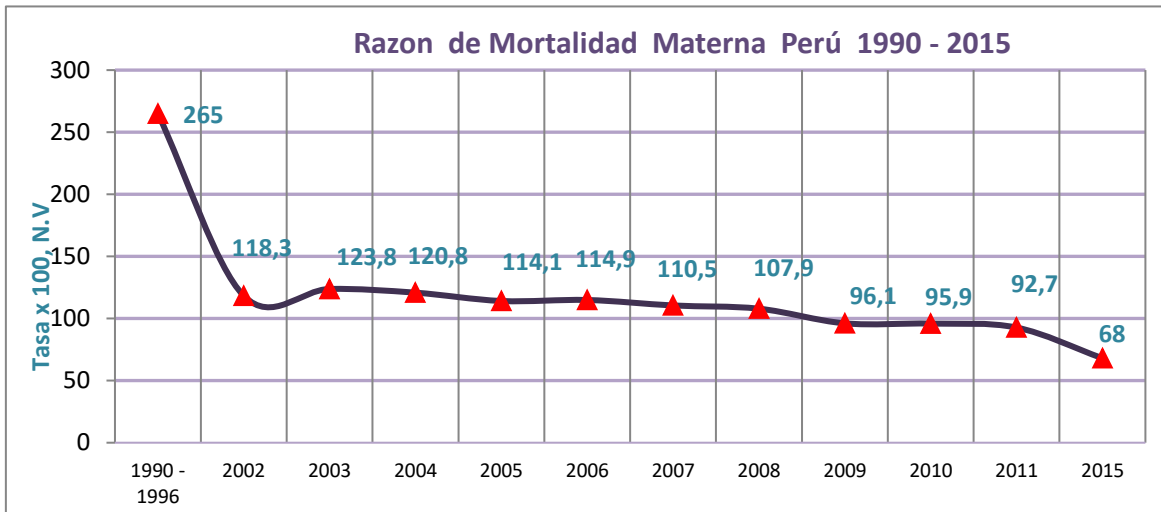
2
0
1
7

Países de América Latina	Razón de Mortalidad Materna (muertes por cada 100.000 Nv)		1990-2015 (Meta: 75%)	Progreso hacia 5A ODM
	1990	2015		
Argentina	72	52	28	NA
Bolivia	425	206	52	Insuf. Progreso
Brasil	104	44	58	Avanzando
Chile	57	22	61	NA
Colombia	118	64	46	Insuf. Progreso
Costa Rica	43	25	42	NA
Cuba	58	39	33	NA
Ecuador	185	64	65	Avanzando
El Salvador	157	54	66	Avanzando
Guatemala	205	88	57	Avanzando
Haití	625	359	43	Sin Progreso
Honduras	272	129	53	Avanzando
México	90	38	58	NA
Nicaragua	173	150	13	Sin Progreso
Panamá	102	94	8	Sin Progreso
Paraguay	150	132	12	Sin Progreso
Perú	251	68	73	Avanzando
República Dominicana	198	92	54	Avanzando
Venezuela	94	95	-1	NA
Uruguay	37	15	59	NA
América latina y el caribe	124	60	52	
MUNDO	385	216	44	

Fuente: OESASO –HRGDV development based on the document: Levels & Trends in Maternal Mortality 1990 -2015 Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division

La Mortalidad Materna se redujo un 52% en América Latina entre 1990 y 2015, en comparación con el descenso global del 44%. Pese a sus avances tiene una inadmisibles mortalidad materna, en muchos casos evitable. Ninguno de los países de América Latina llegó a cumplir los objetivos de desarrollo del milenio pero sí tuvieron algunos de estos países avances significativos de reducir la mortalidad materna en más del 60% como Perú, Ecuador, El salvador. Aunque a escala mundial no se ha alcanzado el Objetivo de Desarrollo del Milenio consistente en reducir la mortalidad materna en un 75% entre 1990 y 2015, el Perú ha hecho importantes progresos en la disminución de la mortalidad materna, la Organización Mundial de la Salud (OMS) destacó una reducción de un 73% en los últimos 25 años en 1990 fallecían 251 madres por cada 100 mil nacimientos en el 2015, **la tasa bajó a 68 muertes por 100 mil casos.**

El informe elaborado por la ONG Save the Children, “**El estado mundial de las madres 2015**”, nos ubicó en el puesto 79 entre 178 naciones evaluadas Aunque el Perú tuvo varios logros, todavía no puede considerarse un buen país para ser mamá.



Fuente: Elaboración Propia en base al Documento: “La Mortalidad en el Perú 2002 – 2011” y 2015* “Trends in Maternal Mortality 1990 -2015 Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division”



Fuente: Centro de prevención y control de enfermedades

En el Perú según cifras de la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud, la mortalidad materna cambio en 20 años, de 769 defunciones en el año 1997 a 377 en el 2017, lo que representa un descenso de 49%, sin embargo todavía existen muertes maternas que pudieron ser evitadas siendo necesario seguir sumando esfuerzos, evaluar los resultados de las medidas de intervención sanitaria en salud materna en el país y analizar las responsabilidades de cada uno de los actores involucrados en la salud materna.

Muerte materna según departamento de ocurrencia, Perú 2013 - 2018*

“Análisis de la Situación de Salud – Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega”
Unidad de Epidemiología - OESASO

**A
S
I
S

2
0
1
7**

DEPARTAMENTOS DE OCURRENCIA	AÑOS						TOTAL	%	% Acun.
	2013	2014	2015	2016	2017	2018*			
AMAZONAS	11	11	12	17	12	2	65	3.15	3.15
ANCASH	14	14	12	14	8	9	71	3.44	6.58
APURÍMAC	1	2	4	3	1	0	11	0.53	7.12
AREQUIPA	12	11	11	14	8	2	58	2.81	9.92
AYACUCHO	7	10	8	6	8	3	42	2.03	11.96
CAJAMARCA	29	30	31	22	31	8	151	7.31	19.26
CALLAO	12	18	9	7	6	4	56	2.71	21.97
CUSCO	23	29	18	22	26	5	123	5.95	27.93
HUANCVELICA	2	6	4	2	9	2	25	1.21	29.14
HUÁNUCO	10	8	14	10	14	7	63	3.05	32.19
ICA	6	4	4	3	4	3	24	1.16	33.35
JUNÍN	16	30	26	11	19	7	109	5.28	38.63
LA LIBERTAD	31	30	28	25	23	9	146	7.07	45.69
LAMBAYEQUE	19	23	24	15	17	9	107	5.18	50.87
LIMA	54	51	74	55	52	30	316	15.30	66.17
LORETO	29	32	24	24	34	11	154	7.45	73.62
MADRE DE DIOS	5	3	2	2	2	1	15	0.73	74.35
MOQUEGUA	1	0	1	0	0	0	2	0.10	74.44
PASCO	6	5	2	1	6	4	24	1.16	75.61
PIURA	30	28	42	34	36	14	184	8.91	84.51
PUNO	25	25	28	13	26	9	126	6.10	90.61
SAN MARTÍN	18	13	14	8	18	2	73	3.53	94.14
TACNA	5	1	2	7	3	2	20	0.97	95.11
TUMBES	2	3	2	2	1	2	12	0.58	95.69
UCAYALI	15	24	18	11	13	8	89	4.31	100.00
Total general	383	411	414	328	377	153	2066	100	

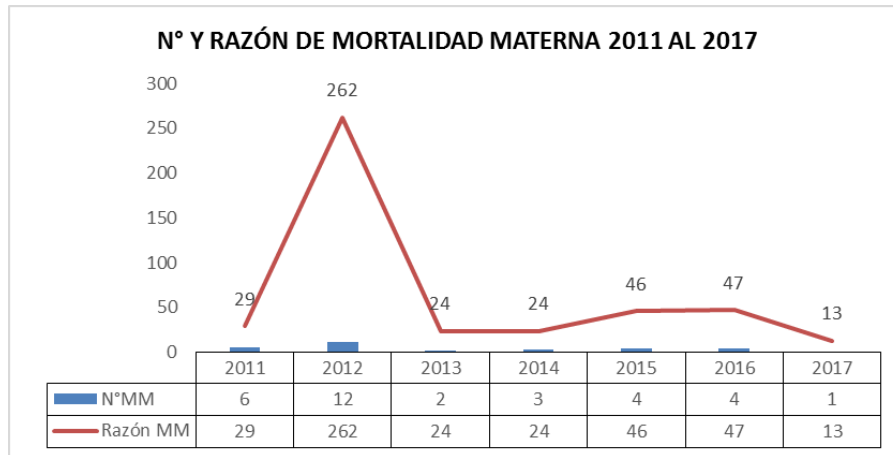
Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades
 – MINSa. (*) Hasta la SE 24 - 2018

El número de casos de muerte materna se incrementó principalmente en los departamentos de Cajamarca, Cusco, Huancavelica, Junín, Loreto, Puno, San Martín y sigue siendo una constante en los departamentos de Amazonas, Ayacucho, La Libertad, Lambayeque, Lima, Piura, Huánuco.

Los resultados indican que en el año 2017 las mujeres fallecen por causas directas 60.6% y en mayor proporción 41.3% en la sierra, principalmente en el tercer trimestre del embarazo y en las primeras 24 horas del puerperio, siendo esta mortalidad 62.9% mayormente en las mujeres de 20 a 35 años, lo que indica que se debe enfatizar el seguimiento, control y atención a este grupo de edad.

La disminución de la mortalidad materna es uno de los grandes desafíos de los gobiernos locales, regionales y nacionales juegan un papel importante en la adopción de políticas sustentables y de responsabilidad social, lo cual implicará la movilización de recursos públicos y privados, nacionales e internacionales, y será preciso que todos los sectores de la economía participen activamente en mejorar los determinantes de la Salud.

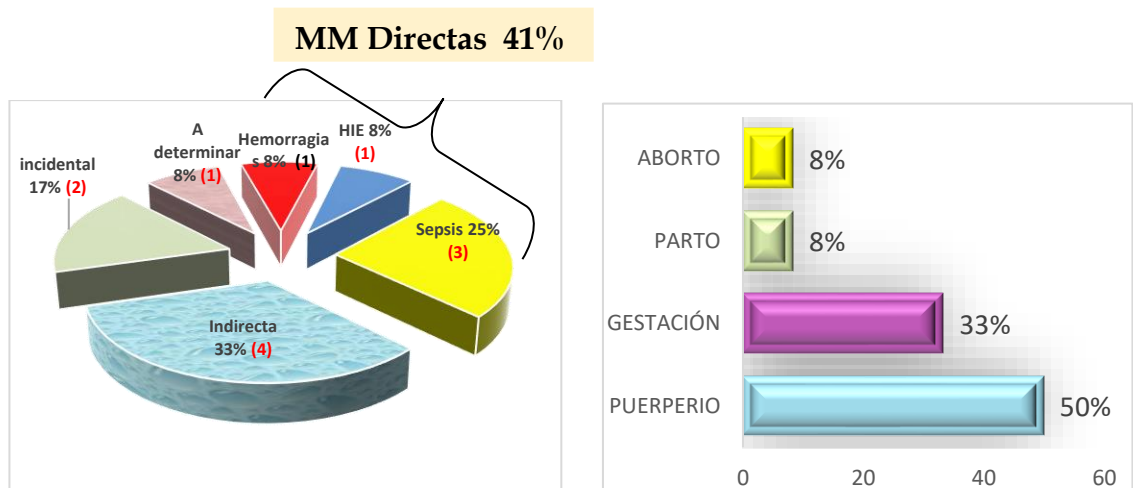
MORTALIDAD MATERNA



Fuente: Epidemiología DIRESA.

En el presente cuadro se evidencia que para el año 2017 disminuyó la Razón de Mortalidad Materna en relación a años anteriores presentándose para el año (2017), 01 muerte materna notificada de causa indirecta por suicidio, procedente de la Red Cotabambas-Chalhuahuacho, cabe resaltar que 1 caso muerte de mujer en edad fértil se encuentra en proceso de investigación epidemiológica procedente de la Red Abancay-Villa Gloria.

Causas y momento de Ocurrencia de muerte Materna Región Apurímac 2014 – 2017



Fuente: Elaboración propia HRGDV en base a la base de datos ESSRR- Diresa Apurímac

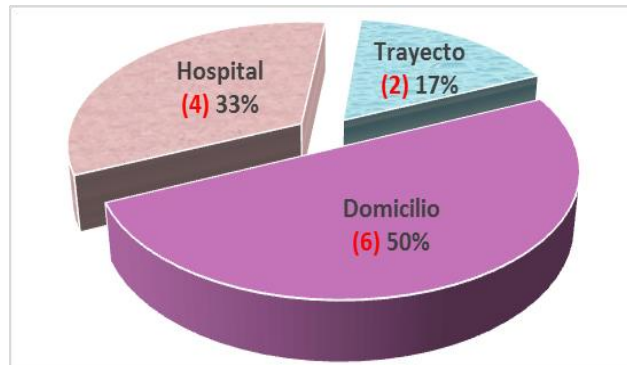
En la Región Apurímac la Mortalidad Materna ha sido variable, en los presentes cuadros se reportó en los últimos tres años un total de 12 muertes; donde el 41% fueron muertes maternas de causa directa. Siendo los problemas de infección post parto y post aborto con un 25% los causantes de mortalidad materna. Un

33% fueron de causa indirecta siendo los problemas de violencia contra la mujer, suicidios, aneurisma, epilepsia, ocasionaron este problema. Según el momento de ocurrencia el 50% se produjeron en el puerperio y un 33% en el embarazo.

Mortalidad Materna según Lugar de Ocurrencia 2014 – 2017

A
S
I
S

2
0
1
7



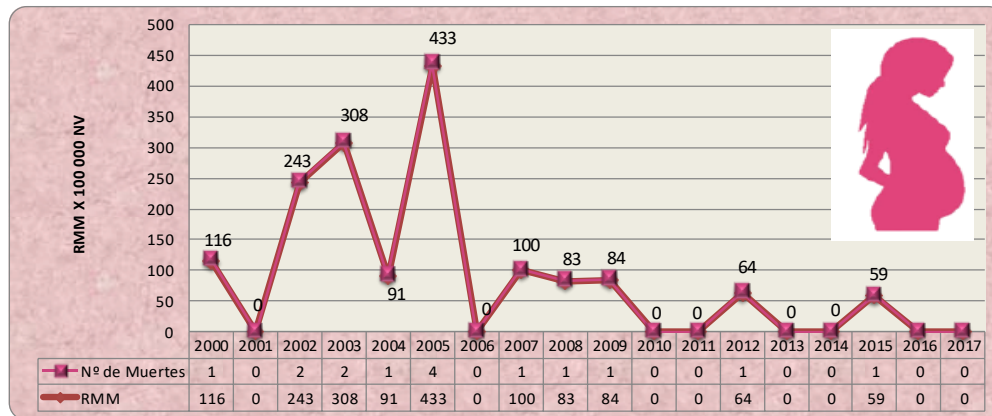
Fuente: Elaboración propia HRGDV en relación a la base de datos ESSRR- DIRESA- Apurímac.

La mitad de las muertes 50% se produjo en domicilio el 33% en hospitales (2 de las cuales en el hospital de Andahuaylas, 1 en el Hospital Guillermo Díaz de la Vega y 1 en el Hospital Santa Margarita de Essalud) y el 17% se produjo en trayecto.

La disminución de la Mortalidad Materna es un desafío que requiere de cambios significativos profundos, no sólo en la provisión de servicios, sino un esfuerzo conjunto de de todos los sectores, que contribuya a evitar la muerte de una mujer y/o su niño/a alrededor del embarazo, parto o puerperio y que los servicios se estructuren sobre la base de la cultura de la región, respetando sus valores y concepciones relacionadas a la salud y enfermedad.

VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE MORTALIDAD MATERNA PERINATAL EN EL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA-2017

RAZON DE MORTALIDAD MATERNA HRGDV 2000 - 2017



Fuente: OESASO - HRGDV

El presente grafico muestra La Razón de Mortalidad Materna y el número de muertes maternas suscitadas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega desde el año 2000-2016, la tendencia ha sido a la disminución y ha presentado mejoras importantes producto de la mejora de la capacidad resolutive de nuestro Hospital, el incremento de especialistas médicos, profesionales de la salud con especialidades en emergencias obstétricas, alto riesgo obstétrico, cuidados intensivos, etc. Sumándole a esto el Funcionamiento de la implementación de la sala de partos con adecuación intercultural, el fortalecimiento con profesionales en la casa materna regional y recordar que a nivel nacional es el único Hospital que cuenta con una casa materna la cual se encuentra a unas cuadras de este nosocomio lo cual hace fácil el acceso frente a una eventualidad o emergencia además se cuenta con el compromiso político de la gestión en la mejora de la Salud Materna Perinatal; sin embargo todavía se tiene el desafío constante de la mejora de la calidad de los servicios obstétricos.

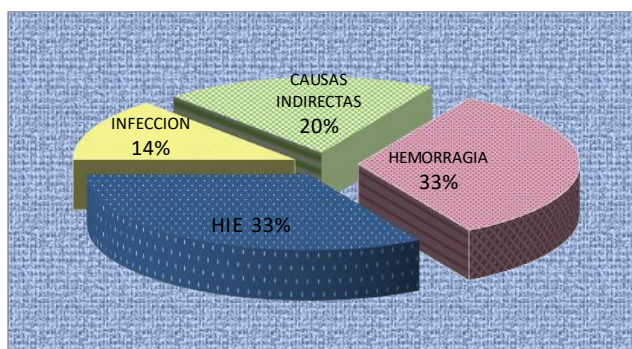
Distribución de las muertes según tiempo de estancia 2007 -2017

AÑO	< 48 HORAS	> 48 HORAS	TOTAL
2007	5 hrs. 20 min		1
2008	13 hrs. 30 min		1
2009	9 hrs. 30 min		1
2010			
2011			
2012	4 hrs.		1
2013			
2014			
2015		2 días 4 hrs.	1
2016			
2017			
TOTAL	4	1	5

Fuente: OESASO - HRGDV

En la presente tabla se observa la distribución de muertes según tiempo de estancia 2007 – 2017 donde el 80% de fallecimientos en el HRGDV tuvieron una estancia hospitalaria menor a 13 horas, conllevando la admisión de estas pacientes por emergencia en condición de morbilidad materna extrema con complicaciones severas; se hace imperioso y necesario que el personal esté constantemente actualizado en el manejo de complicaciones obstétricas.

Mortalidad Materna según causas de fallecimiento HRGDV 2000 - 2017



Fuente: OESASO - HRGDV

En un análisis retrospectivo de las causas de Mortalidad Materna según causas de fallecimiento desde el año 2000 – 2017, el 80% de las muertes fueron de causa directa, y el 20% por causa indirecta, siendo la preeclampsia y las hemorragias obstétricas las causas más frecuentes de muertes maternas, consignándose: los problemas de desprendimiento prematuro de placenta, embarazo ectópico, rotura

uterina como patologías que desencadenaron muerte materna, con una proporción similar 33% (5 casos) las complicaciones de enfermedad hipertensiva del embarazo como: el síndrome de Hellp, la preeclampsia severa; la segunda causa que desencadenó mortalidad materna son las causas indirectas no relacionadas a problemas obstétricos con un 20% con un total de 3 casos y la tercera causa son las infecciones 14% principalmente el aborto séptico.

Causas de Mortalidad Materna
Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega 2000 – 2017.

AÑO/ CAUSA	CAUSAS DIRECTAS						CAUSAS INDIRECTAS			TOTAL
	HEMORRAGIA			HIE		INFECCION	Edema Agudo de Pulmón	Síndrome Convulsivo	Hemorragia digestiva Alta - Cirrosis Hepática	
	Ruptura Uterina	DPP	Embarazo Ectópico	HELLP	Preeclampsia Severa	Sepsis				
2000				1						1
2001										0
2002				1	1					2
2003	1			1						2
2004			1							1
2005		2				1		1		4
2006										0
2007							1			1
2008			1							1
2009				1						1
2010										0
2011										0
2012									1	1
2013										0
2014										0
2015						1				1
2016										0
2017										0
SUBTOTAL	1	2	2	4	1	2	1	1	1	15
TOTAL	5			5		2	3			15

Fuente: OESASO- HRGDV

Esta casuística nos permitirá direccionar las necesidades de capacitación en la Región y el fortalecimiento de competencias en los temas que causaron mortalidad, así como de priorización de recursos humanos e implementación.

La Salud Materna y Neonatal en nuestra Región está rodeada por todo un contexto cultural y socioeconómico, que influye en el comportamiento reproductivo de la mujer y los que se encuentran en su entorno, para lo cual los servicios y actividades integrales de atención de la salud, se deben estructurar sobre la base de la cultura de la región, respetando sus valores y concepciones relacionadas a la salud y enfermedad.

MORBILIDAD MATERNA EXTREMA (MME) HRGDV 2011 –2017.

La vigilancia de los casos de Morbilidad Materna Extrema es una experiencia exitosa realizada en países de América Latina como Ecuador, Chile, Colombia, Perú entre otros.

En el Perú se realiza en el Hospital María Auxiliadora y el Instituto materno Perinatal desde el año 2012, siendo importante su análisis por las siguientes razones:

- Los casos de MME son mayores en número que los casos de MM, lo cual permite conclusiones más válidas acerca de los factores de riesgo y de la calidad de la atención.
- Las lecciones aprendidas del manejo de los casos que sobreviven, pueden ser usadas para evitar nuevos casos de MM.
- Estas lecciones pueden ser menos amenazantes para los proveedores de salud que las derivadas de los análisis de la muerte materna.
- Se realiza la entrevista con la fuente primaria de información: “la gestante sobreviviente”.
- Es un evento trazador de calidad.

En el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega se viene realizando a partir de mediados del año 2015 y 2016 de manera piloto, y se pretende continuar de manera regular para el presente año como evento anticipatorio a la mortalidad materna, realizado a cargo de la Oficina de Epidemiología, se tiene programado la implementación y la aprobación de la directiva para la Vigilancia de Morbilidad Materna Extrema para el I semestre del presente año por el Comité de Prevención de Mortalidad Materno Perinatal.

Para la definición de casos de Morbilidad Materna Extrema en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, se han seguido los criterios de la FLASOG, por lo que se debe cumplir uno o más de los siguientes criterios:

a) Criterios relacionados con signos y síntomas de enfermedad específica:

Eclampsia, shock séptico, shock hipovolémico.

- b) Criterios relacionados con falla o disfunción orgánica: disfunción cardíaca, vascular, renal, hepática, metabólica, cerebral respiratoria o de coagulación.
- c) Criterios relacionados con el manejo de la paciente: ingreso a UCI, intervención quirúrgica de emergencia en el postparto, post-cesárea, o post- aborto y transfusión de tres o más unidades de sangre o plasma.

Morbilidad Materna Extrema HRGDV 2011 –2017

Casos de Morbilidad Materna extrema	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total
Shock Hipovolémico Hemorrágico	5	1	3	1	0	3	9	22
Sub total								
Embarazo Ectópico Complicado	2	1	1				1	3
Atonía Uterina	1	0	1	1				2
Retención de placenta	1							0
Acretismo Placentario			1			1	1	3
Rotura Uterina						1		1
Rotura Hepática	1					1		1
Shock Hipovolémico Aborto							6	6
Placenta Previa							1	1
Complicación HIE Sub total	0	3	5	4	8	5	9	34
Síndrome de Hellp		2	3	4	1	3	4	17
Eclampsia		1	1			1		3
Preeclampsia Severa			1		7	1	5	14
Sepsis	0	0	0	2	2	5	1	10
Shock Séptico de foco intrauterino/ Pélvico				2				2
Shock Séptico post Aborto					2	2		4
Sepsis post Aborto						2	1	3
Sepsis foco Urinario						1		1
Causas no Obstétricas Sub total	1	2	1	2	3	1	3	13
Síndrome convulsivo	1					1		2
cardiopatía mitral / ICC		1					1	2
Pancreatitis aguda en embarazo		1			1			2
Intoxicación por órganos fosforados			1					1
Violencia familiar (DPP)				1				1
Falla Cardíaca Congestiva				1				1
Shock séptico de foco abdominal/ Fascitis necrotizante					1			1
Mola Invasora/coriocarcinoma					1			1
Peritonitis Post Apendicetomía							1	1
Encefalopatía Post RCP							1	1
TOTAL	6	6	9	9	13	14	22	79

Fuente: Vigilancia MME/ OESASO

En las tablas presentadas se muestran los casos de Morbilidad Materna Extrema en la Unidad de Cuidados Intensivos del HRGDV los años 2011 al 2017 agrupados según la patología principal causante de la complicación obstétrica, observando que las complicaciones de la Enfermedad Hipertensiva del embarazo es la principal causa de morbilidad materna extrema correspondiendo a cerca de 43% de los casos, en este último año se muestra un incremento de las

complicaciones por aborto sea por hemorragias o por **infecciones post aborto** siendo necesario el abordaje en promoción de la Salud Sexual Reproductiva en las universidades, Institutos y colegios para la prevención de aborto y embarazos no deseados.

Morbilidad Materna Extrema según lugar de procedencia 2011 – 2017

**A
S
I
S

2
0
1
7**

Procedencia de pacientes obstétricas con MME	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total
RED Abancay	3	5	5	3	8	8	11	40
C.S Pueblo Joven	1		2		1	2	5	10
P.S Patibamba Baja		1	1		2			4
C.S Bellavista		1	1		1		2	5
C.S Metropolitano		1			1	1		3
Tamburco		1		1		1	2	5
Huanipaca	1	1				1		2
C. S Curahuasi						2	1	3
Huancarama				1		1		2
P.S Bacas					1			1
P.S San Martin					1		1	2
Cachora				1				1
Utaparo (Lambrama)			1					1
Casinchihua	1							0
Paccaypata					1			1
RED de Grau	2	1	1	3	2	0	2	9
Chuquibambilla				1	1			2
Curpahuasi	1			1				1
Casancca (Grau)			1					1
Progreso		1						1
Piyay (HELLP+ Rotura uterina) * Fallecida Cusco	1							0
Campanayoc (Grau)				1				1
Totora Oropesa					1			1
Turpay							1	
Vilcabamba							1	
RED de Antabamba	0	0	1	0	0	0	1	2
Antabamba							1	1
Pachaconas (Antabamba)			1					1
RED de Aymaraes	1	0	0	3	1	3	6	13
Chalhuanca	1				1	1	2	4
Cayhuachahua				1				1
Lucre				1				1
Yananca /Tumiri				1				1
P.S Chapimarca						1		1
Santa Rosa/ Tiaparo						1		1
Cotaruse							1	
Huancarpuquio							1	
Juta * falleció en Hospital María Auxiliadora							1	
Layme							1	
Andahuaylas	0	0	0	0	1	2	1	4
Hospital Andahuaylas						1	1	2
Talavera (Andahuaylas)					1			1
San Jerónimo (Andahuaylas)						1		1
Otros	0	0	2	0	1	1	1	5
Mollepata (Cusco)			1					1
Otros			1					1
Pto. Maldonado					1			1
PNP Sanidad						1		1
Essalud							1	
Total	6	6	9	9	13	14	22	73

Fuente: OESASO

En el presente tabla muestra que más de la mitad de las pacientes procedían de la Red Abancay, seguido de la red de Aymaraes, siendo necesario el

fortalecimiento de capacidades en emergencias obstétricas de manera permanente en los diferentes niveles de atención teniendo en cuenta que 40% de referencias fueron inadecuadas algunos problemas encontrados más frecuentes (No administración tratamiento antibiótico en Aborto infectado, no administración de sulfato de magnesio en casos de preeclampsia severa, no contaban con la hoja de monitoreo durante la referencia, control de diuresis, etc.).

Indicadores de Resultado de Morbilidad Materna Extrema 2011 – 2017.-

INDICADOR	FORMULA	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Razon de MME (prevalencia) evalua el aporte de la MME en la atención de la gestante (meta < 8 x 1000 NV)	$\frac{\text{Nº de casos de MME}}{\text{X 1000/ Total NV}}$	4,5	3,8	5,7	5,8	7,1	8,1	12,8
Índice de mortalidad (letalidad en las mujeres con MME-calidad de atención) (Meta < 4%)	$\frac{\text{Nº de MM X 100/ Nº MM + Nº MME}}{\text{MM + Nº MME}}$	0,0	14,3	0,0	0,0	7,7	0,0	0,0
Relación MME/MM (letalidad - Calidad de atención) (Meta > 35)	$\frac{\text{Nº MME}}{\text{Nº MM}}$	0	6,0	0	0	12	0	0
Índice de Mortalidad Perinatal en MME (Impacto, letalidad perinatal en MME, calidad de atención y oportunidad de respuesta para reducir muertes perinatales)	$\frac{\text{Nº Muertes Perinatales en MME}}{\text{X 100/ Nº MME}}$	33	17	0	44	8	7	0
Relación Criterios /caso (severidad) (Meta: < 5)	$\frac{\text{Nº Total de C.I/ Nº MME}}{\text{MME}}$						3	3
Índice de Prematuridad en MME	$\frac{\text{Nº NV. Prematuros en MME X 100/ Nº MME}}{\text{MME}}$			22	56	38	29	32

Fuente: OESASO- HRGDV

Razón de Morbilidad Materna Extrema (MME).

Indica la prevalencia de MME, Para el año 2017 la razón es 12.8 casos x 1000 nacidos vivos.; la meta propuesta era llegar a menos de 8 x 1000 nv.

Índice de Mortalidad. Indicador de letalidad, refleja el porcentaje de muertes maternas por cada cien casos de MME. Evalúa la capacidad de respuesta de los servicios. Para el año 2017 finalizamos con un porcentaje de 0%.

Relación Morbilidad Materna Extrema / Muerte Materna.

Número de casos de MME por cada caso de muerte materna. Evalúa la calidad de atención, Para el año 2017 no se tiene registrado muertes maternas.

Índice de Mortalidad Perinatal en MME. El porcentaje acumulado final del año 2017 de muertes perinatales en pacientes con MME es de 0%, sin embargo se tiene el 32% de RN prematuros, y 36% de abortos.

Relación Criterios de Inclusión / Casos Presentados de MME. En el presente año tenemos 3 criterios de inclusión en promedio por cada caso de MME presentado. La meta propuesta es menos de 5 criterios de inclusión por cada caso presentado.

Índice de Prematuridad en MME para el año 2017 se tiene 32% de prematuros en pacientes con MME.

Aborto un Problema Mundial



El estudio realizado por la revista médica The Lancet en mayo 2016 “**Incidencia del aborto entre 1990 y 2014: niveles y tendencias globales, regionales y subregionales**” donde refiere que las tasas de aborto a nivel mundial disminuyeron ligeramente sin embargo el número absoluto de abortos aumentó como resultado del crecimiento poblacional de 50.4 millones a 56.3 millones. La tasa estimada de aborto en 1990-1994 fue de 40 y se estima una disminución 2010–2014 a 35 por 1,000 mujeres, cerca del 73% del total de abortos se produjeron en mujeres casadas.

Se estima que en 2010–2014, una cuarta parte de todos los embarazos a nivel mundial terminaron en abortos. El porcentaje disminuyó en las regiones desarrolladas de 39% en 1990–1994 a 28% en 2010–2014. En contraste, cambió muy poco en los países en desarrollo: de 21% a 24% en el mismo espacio de tiempo. Sin embargo, la proporción de embarazos que terminaron en abortos aumentó en América Latina y el Caribe (de 23% a 32%), en Asia del Sur y Central

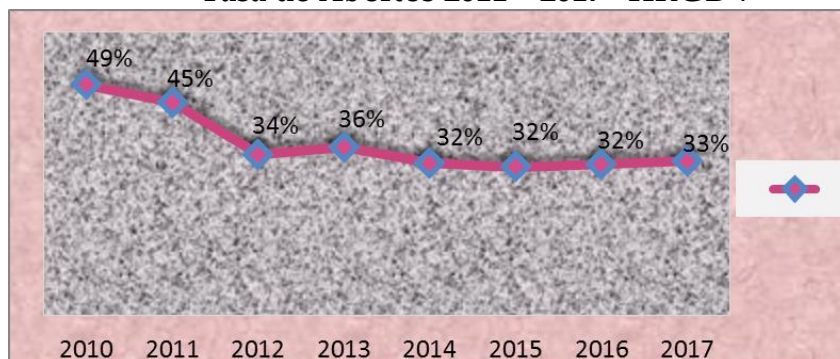
(de 17% a 25%), y en África del Sur (de 17% a 24%), **América latina y el Caribe tiene la tasa más alta del mundo.**

En el Perú se producen Cerca de 370 mil abortos en el Perú, más de mil por día, y el 90% de estos son clandestinos, según un estudio del Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán.

La Proporción de mujeres en unión con demanda insatisfecha de planificación según ENDES 2015 es de 6.5 en el Perú y en Apurímac es 7.8. Y la proporción de mujeres en unión que usa actualmente un método moderno de planificación familiar es 53.3 en el Perú y 47.9 en Apurímac.

Las altas tasas de aborto están directamente correlacionadas con altos niveles de necesidad insatisfecha de anticonceptivos, las mujeres carecen de los servicios anticonceptivos que necesitan y no pueden evitar los embarazos que no desean tener” en especial en la zona rural de nuestra región.

Tasa de Abortos 2011 - 2017 HRGDV



Fuente: Informe SSRR- HRGDV

ABORTO	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Total de Abortos	596	531	565	499	534	551	557
Tasa abortos	45	34	36	32	32	32	33
Abortos Complicados	5	7	7	6	6	10	24
Total de partos	1322	1555	1579	1548	1691	1720	1700

Fuente: Informe SSRR- HRGDV

El Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega siendo el establecimiento referencial de la Región Apurímac no es ajeno a este problema de Salud Pública,

teniendo en cuenta que el 99% de los casos corresponden a referencias del primer nivel de atención y es la segunda causa de egreso en el Departamento de Gineco Obstetricia. En los últimos 4 años la tasa de abortos ha permanecido sin cambios y el número de abortos se ha incrementado en 3%, y es la tercera causa de morbilidad materna extrema que origino el ingreso a la Unidad de Cuidados intensivos siendo necesario plantear estrategias en la provisión de métodos anticonceptivos y la prevención de embarazos no deseados en la Región Apurímac

DIAGNOSTICO SITUACIONAL DE LA MORBIMORTALIDAD PERINATAL

SITUACION DE LA MORTALIDAD PERINATAL

MORTALIDAD INFANTIL

Niveles y tendencias de la Mortalidad Infantil, Mortalidad Neonatal Por Región 1990 -2015. Estimaciones Desarrolladas por el Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad Infantil (IGME).

REGION	Tasa de Mortalidad Infantil (muertes por cada 1.000 NV)			1990-2015 (Meta: 67%)	Tasa Mortalidad Neonata (muertes por cada 1.000NV)	
	1990	2015	ODM 2015		1990	2015
Las regiones desarrolladas	15	6	5	60	8	3
Las regiones en desarrollo	100	47	33	54	40	21
África del Norte	73	24	24	67	31	14
África Sub-sahariana	180	83	60	54	46	29
América Latina y el Caribe	54	18	18	67	22	9
Cáucaso y Asia Central	73	32	24	56	29	16
Asia Oriental	53	11	18	79	29	6
Asia Oriental excluyendo a China	27	14	9	49	12	7
Sur de Asia	126	51	42	59	57	29
El sur de Asia , excluida la India	126	59	42	53	56	32
Asia sudoriental	72	27	24	62	28	13
Asia occidental	66	22	22	66	29	12
Oceanía	74	51	25	32	28	22
Mundo	91	43	30	53	36	19

Fuente: OESASO –HRGDV development based on the document: Levels & Trends in Child Mortality 1990 -2015 Estimates Developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation.

La mortalidad Infantil es un problema social de impacto mundial y un indicador básico para la salud y el bienestar de los niños. En el año 2000, los líderes mundiales pactaron sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y a la reducción de la mortalidad de niños menores de cinco años en disminuir la tasa

en dos tercios (67%) entre 1990 y 2015, de acuerdo al informe de la organización de las Naciones Unidas indican que a pesar de la mejora y la disminución importante en la supervivencia infantil, el progreso mundial ha sido insuficiente para alcanzar el 4 ODM. A nivel mundial la mortalidad en menores



Fuente: ONU- Informe ODM 2015

de cinco años se redujo un 53% en los últimos 25 años. La tasa se redujo de 91 muertes por cada 1.000 nacidos vivos en 1990 a 43 en 2015.

En Asia Oriental, América Latina y el Caribe y el norte de África han reducido la tasa de mortalidad de niños menores de cinco años en dos tercios o más y ha logrado el objetivo fijado.

A pesar del crecimiento de la población en las regiones en desarrollo, la cantidad de muertes de niños menores de 5 años se ha reducido de 12,7 millones en 1990 a casi 6 millones en 2015.

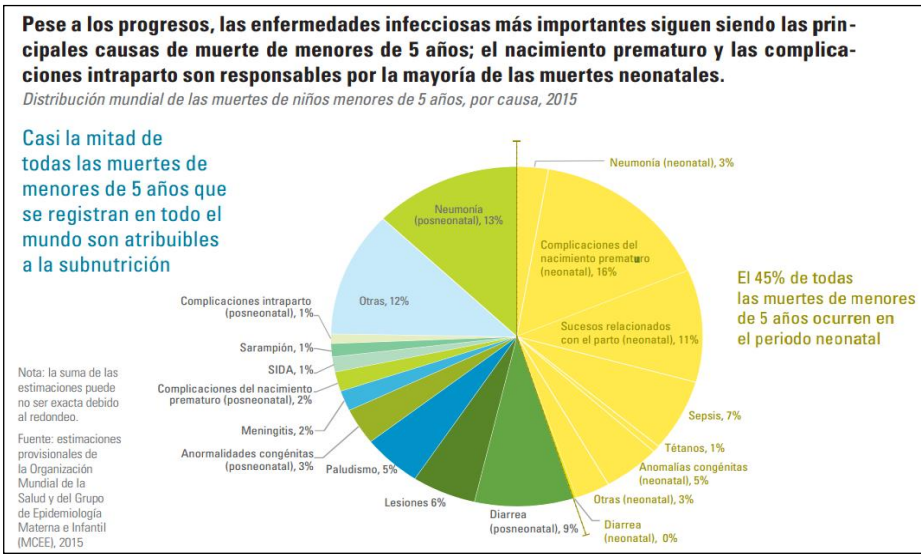
El 2015 la Asamblea General de la ONU adoptó la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, es una promesa que los dirigentes hacen a las personas de todo el mundo. Los Estados miembros de la Naciones Unidas aprobaron una resolución en la que reconocen que el mayor desafío del mundo actual es la erradicación de la pobreza y afirman que sin lograrla no puede haber desarrollo sostenible.

La Agenda plantea 17 Objetivos los cuales se elaboraron en más de dos años de consultas públicas, interacción con la sociedad civil y negociaciones entre los países, con 169 metas que abarcan las esferas económica, social y ambiental, donde la salud ocupa un lugar fundamental en el ODS 3 **“Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”**, articulado en torno a 13 metas, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños

menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos hasta 12 por cada 1.000 nacidos vivos, y la mortalidad de niños menores de 5 años al menos hasta 25 por cada 1.000 nacidos vivos.

Distribución mundial de las muertes de niños menores de 5 años por causa 2015.-

**A
S
I
S
2
0
1
7**



Fuente: OMS y el grupo de Epidemiología Materna e Infantil (MCEE) 2015.

Las principales causas de muerte en niños menores de cinco años en 2015 según la OMS incluyen parto prematuro complicaciones en el parto 18%, la neumonía 16%, las complicaciones relacionadas con el parto 12%, diarrea 9% y la sepsis /meningitis 9%. Es importante destacar que, casi la mitad de todas las muertes son atribuibles a desnutrición, mientras que más del 80% de las muertes neonatales ocurren entre los recién nacidos de bajo peso al nacer.

El 45% del total de muertes de niños menores de 5 años ocurren en periodo neonatal, en resumen, la mayoría de las muertes infantiles son causadas por enfermedades que son fácilmente prevenibles o tratables con intervenciones probadas y rentables.

**Niveles y tendencias de la Mortalidad Infantil, Mortalidad Neonatal
 Por países de América Latina 1990 -2015.-**

“Análisis de la Situación de Salud – Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega”
 Unidad de Epidemiología-OESASO

Países de América Latina	Tasa de Mortalidad Infantil (muertes por cada 1.000 Nv)			Disminución (Meta: 67%) 1990-2015	Tasa Mortalidad Neonatal (muertes por cada 1.000 Nv.)	
	1990	2015	ODM 2015		1990	2015
Argentina	28	13	9	54	15	6
Bolivia	124	38	41	69	42	20
Brasil	61	16	20	74	24	9
Chile	19	8	6	58	9	5
Colombia	35	16	12	54	18	9
Costa Rica	17	10	6	41	9	6
Cuba	13	6	4	54	7	2
Ecuador	57	22	19	61	24	11
El Salvador	59	17	20	71	23	8
Guatemala	81	29	27	64	29	13
Haití	146	69	49	53	39	25
Honduras	58	20	19	66	22	11
México	47	13	16	72	21	7
Nicaragua	67	22	22	67	24	10
Panamá	31	17	10	45	17	10
Paraguay	47	34	21	28	23	11
Perú	80	17	27	79	28	8
República Dominicana	60	31	20	48	25	22
Venezuela	30	15	10	50	13	9
Uruguay	23	10	8	57	12	5
América latina y el caribe	54	18	18	67	22	9
MUNDO	91	43	30	53	36	19

Fuente: OESASO –HRGDV development based on the document: Levels & Trends in Child Mortality 1990 -2015 Estimates Developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation.

En el informe sobre niveles y tendencias de la mortalidad infantil 1990 - 2015 publicado por la ONU, hace referencia a la reducción de la mortalidad infantil que es el cuarto objetivo de desarrollo del milenio de las Naciones Unidas, y una de las prioridades del Perú que logro cumplir la meta en el año 2010. El Perú es uno de los países con mayor reducción de la mortalidad infantil en el mundo y líder en América Latina.

Mientras en 1990 de cada 1,000 niños menores de 5 años morían 80, en 2015 la cifra disminuyó a 17 (reducción del 79%). El Perú es visto por otros países como un modelo a estudiar, así mismo la mortalidad neonatal en el Perú presento una disminución en un 71% al 2015.

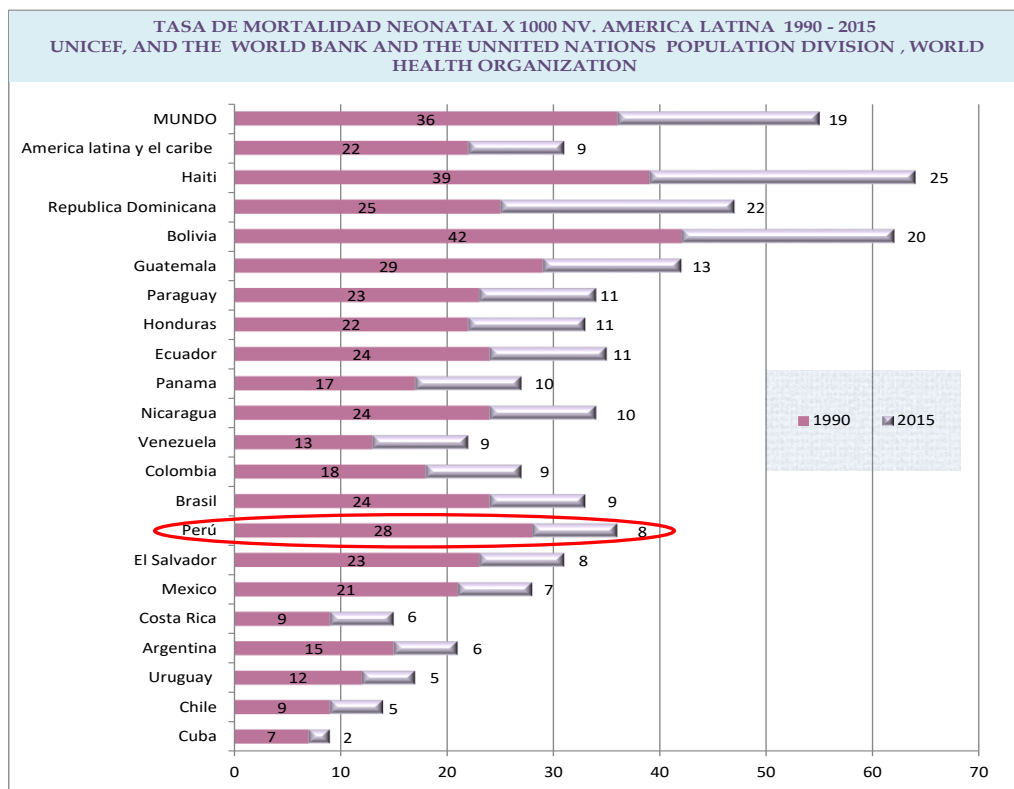
MORTALIDAD NEONATAL

La Organización Mundial de Salud (OMS) define la mortalidad neonatal como la muerte producida entre el nacimiento hasta los 28 días de vida. La tasa de mortalidad neonatal es un indicador sensible para valorar la calidad de la atención en salud del recién nacido en una determinada área geográfica o en un servicio y es un indicador de impacto de los programas e intervenciones en esta área.

La tasa de mortalidad neonatal (TMN) mundial se redujo de 36 muertes por cada 1.000 nacidos vivos en 1990 a 19 en 2015 (una reducción de 47%)

A
S
I
S

2
0
1
7

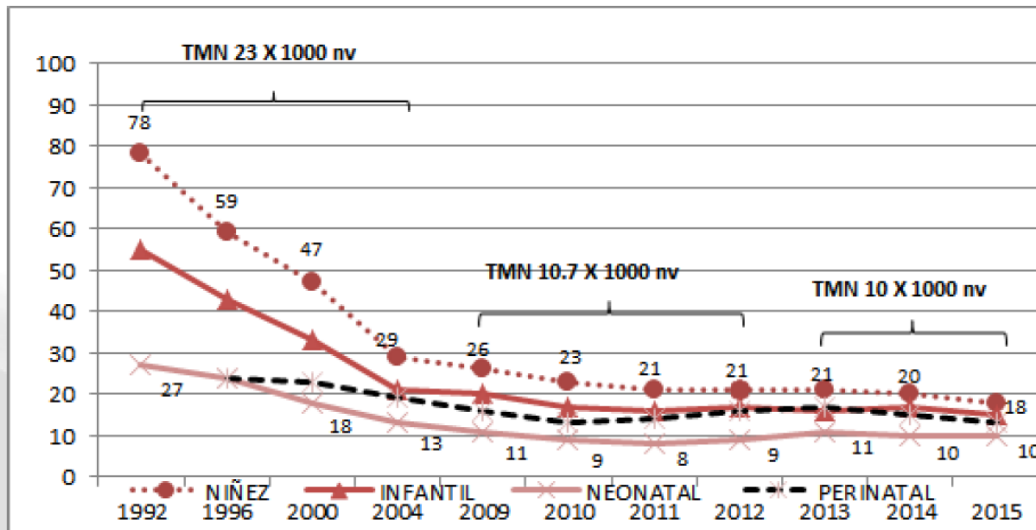


Fuente: OESASO –HRGDV development based on the document: Levels & Trends in Child Mortality 1990 -2015 Estimates Developed by the UN Inter- agency Group for Child Mortality Estimation.

En relación a la mortalidad neonatal en América Latina como se puede apreciar en el presente cuadro, el Perú ha tenido mejoras importantes en relación al año 1990 una reducción de 71% al año 2015.

Las mayores tasas de mortalidad neonatal en América Latina se concentrarían en Haití (25 por mil nacidos vivos), Bolivia (19 por mil nacidos vivos), República Dominicana (22), Guatemala (13), mientras que Cuba (2), Uruguay (5) y Chile (5) son los que registran la menor tasa. Perú registra un nivel medio con una tasa de 8 por mil nacidos vivos.

Evolución de la tasa de Mortalidad Neonatal, Infantil y Niñez. Perú. – ENDES 1992 – 2015.



Fuente: ENDES 2015

En el Perú la tasa de mortalidad de menores de 5 años según ENDES 2015 se redujo en 77% desde el año 1992 al 2015; la tasa de mortalidad en menores de un año se redujo en 72% y la TMN se redujo en 63%.

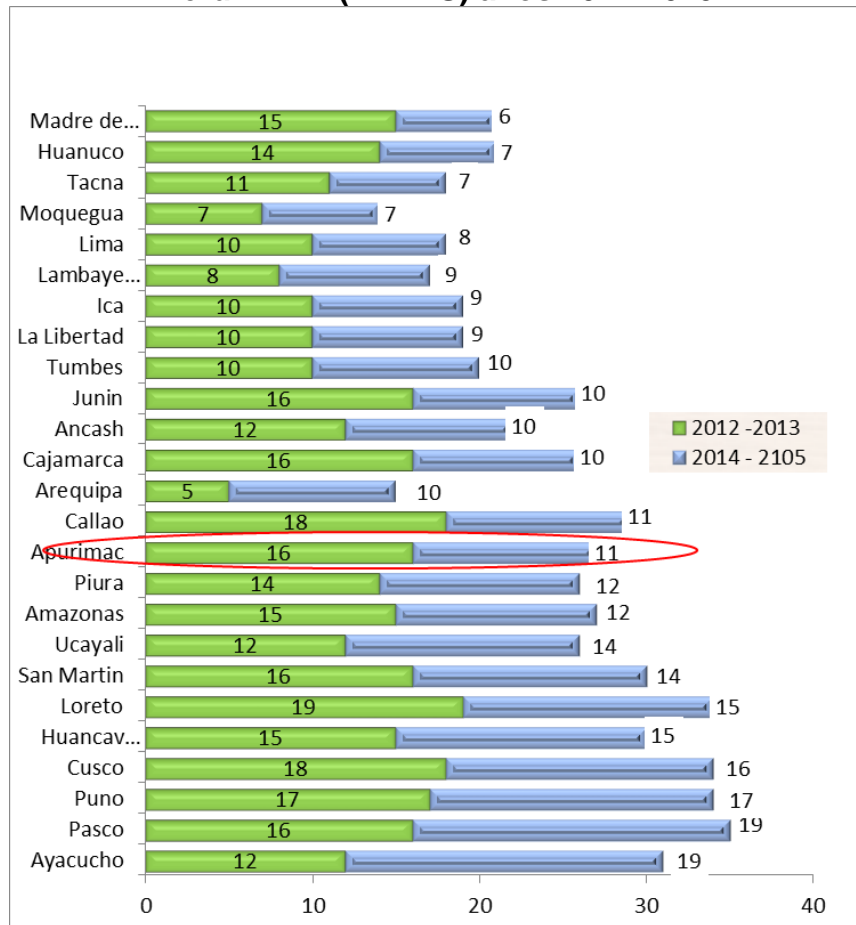
Cuando se analiza la TMN por periodos se observa que en promedio, entre los años 1992-2004, fue de 20.5 muertes/1.000 nacidos vivos y se redujo a 9.25 para el periodo 2001-2012 mientras que entre el 2013-2015 la TMN ascendió a 10.3 muertes por 1.000 nacidos vivos. Por lo tanto, la mortalidad neonatal se ha reducido de forma más lenta y en los últimos años muestra un discreto incremento.

En el caso de la mortalidad neonatal como proporción de la mortalidad en menores de un año ésta se incrementó de 49% a 67% para el mismo periodo; es decir actualmente de cada 10 muertes en menores de un año, 7 fueron neonatos.

Según ENDES la tendencia de la mortalidad perinatal se incrementa entre los años 2011 y 2013. Actualmente es de 13 muertes por 1.000 nacidos vivos.

Según el plan Nacional para la reducción de la morbilidad y mortalidad neonatal en el Perú 2016-2020 indica que la mortalidad neonatal hoy representa un “reto” para la Salud Pública y constituye uno de los objetivos donde se deben establecer acciones y estrategias dirigidas a la reducción de la morbilidad neonatal y a la disminución de la mortalidad neonatal en el país a una tasa de 7 por mil nacidos vivos, con énfasis en las poblaciones de mayor vulnerabilidad, en el periodo 2016-2021.

**Tasa de Mortalidad Neonatal según departamentos de procedencia
 Perú – INEI (ENDES) años 2012-2015**

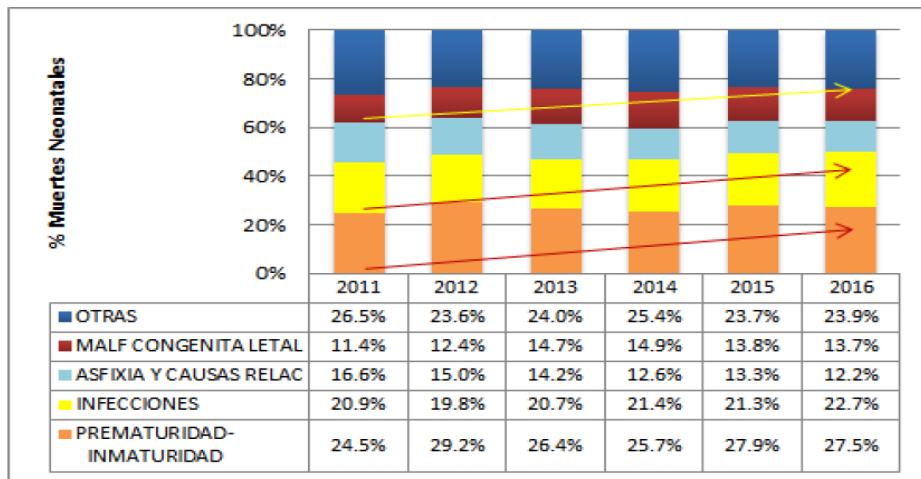


Fuente: Elaboración propia en base al documento: Perú indicadores de Resultados de los programas estratégicos, ENDES 2009 - 2015

Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES “Indicadores de resultados de los programas estratégicos 2009 – 2015” muestra la tasa de mortalidad neonatal por departamentos, 2012-2013 al 2014-2015 siendo las mayores en Ayacucho, Pasco, Puno, Cusco, Huancavelica, Loreto y las menores Tasas en Moquegua, Tacna, Huánuco, Madre de Dios, estas dos últimas se observa una disminución importante de más de 50%, En Apurímac presenta una tasa de muerte neonatal intermedia.

Defunciones neonatales según causas de muerte. Perú 2011 - 2016

“Análisis de la Situación de Salud – Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega”
Unidad de Epidemiología-OESASO



Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, prevención y Control de enfermedades - MINSA

En el presente gráfico muestra un incremento progresivo de los casos de infecciones, mientras que las causas relacionadas a la asfisia se reducen progresivamente. En el 2016 la primera causa de defunción neonatal es la relacionada a prematuridad-inmaturidad 27.5%, seguida por las Infecciones 22.7%, malformaciones congénitas 13.7%, asfisia y causas relacionadas a la atención del parto 12.2% y otras causas 23.9%.

Muertes neonatal, fetal Perú años 2016 -2018*

GERESAS/DIRESAS/DIRIS	FETAL				NEONATAL				TOTAL 2018*	%	% ACUMULADO
	2016	2017	2018	TENDENCIA	2016	2017	2018	TENDENCIA			
DIRIS LIMA CENTRO	276	273	259		307	294	294		553	13.86	13.86
LA LIBERTAD	155	150	150		131	126	138		288	7.22	21.08
CUSCO	112	114	113		136	121	117		230	5.76	26.84
PUNO	126	111	99		114	103	96		195	4.89	31.73
JUNIN	95	120	114		99	102	88		202	5.06	36.79
LORETO	90	71	84		97	105	103		187	4.69	41.48
CAJAMARCA	107	90	77		96	72	98		175	4.39	45.86
CALLAO	82	92	82		78	101	63		145	3.63	49.50
DIRIS LIMA NORT	86	83	91		65	70	75		166	4.16	53.66
PIURA	81	87	117		47	65	71		188	4.71	58.37
ANCASH	89	82	56		86	83	65		121	3.03	61.40
LAMBAYEQUE	76	40	54		95	95	89		143	3.58	64.99
SAN MARTIN	90	48	63		88	62	68		131	3.28	68.27
DIRIS LIMA NORTE	72	83	63		61	62	61		124	3.11	71.38
AYACUCHO	56	65	48		67	82	48		96	2.41	73.78
DIRIS LIMA ESTE	70	74	60		37	35	49		109	2.73	76.52
AMAZONAS	56	59	43		57	54	48		91	2.28	78.80
DIRIS LIMA SUR	66	58	47		42	48	47		94	2.36	81.15
AREQUIPA	65	42	43		46	58	46		89	2.23	83.38
UCAYALI	45	43	25		83	44	56		81	2.03	85.41
LIMA PROVINCIAS	67	59	51		27	30	33		84	2.11	87.52
ICA	30	47	48		32	35	38		86	2.16	89.67
LUCIANO CASTILL	40	48	49		18	22	31		80	2.01	91.68
LUCIANO CASTILLO	44	40	27		30	24	20		47	1.18	92.86
PASCO	34	23	27		23	33	23		50	1.25	94.11
JAEN	30	36	30		21	17	16		46	1.15	95.26
CHOTA	29	28	28		7	9	12		40	1.00	96.27
MADRE DE DIOS	20	15	25		20	16	15		40	1.00	97.27
APURIMAC	10	24	17		15	26	11		28	0.70	97.97
TUMBES	16	19	18		16	23	10		28	0.70	98.67
TACNA	17	21	1		22	19	7		8	0.20	98.87
CHANKA	14	8	14		6	13	14		28	0.70	99.57
CUTERVO	10	10	4		13	7	9		13	0.33	99.90
MOQUEGUA	9	12	3		2	4	1		4	0.10	100.00
TOTAL PERU	2265	2175	2030		2084	2060	1960		3990	100.00	

Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, prevención y control de Enfermedades-MINSA
 (*) Hasta sem 32-2018

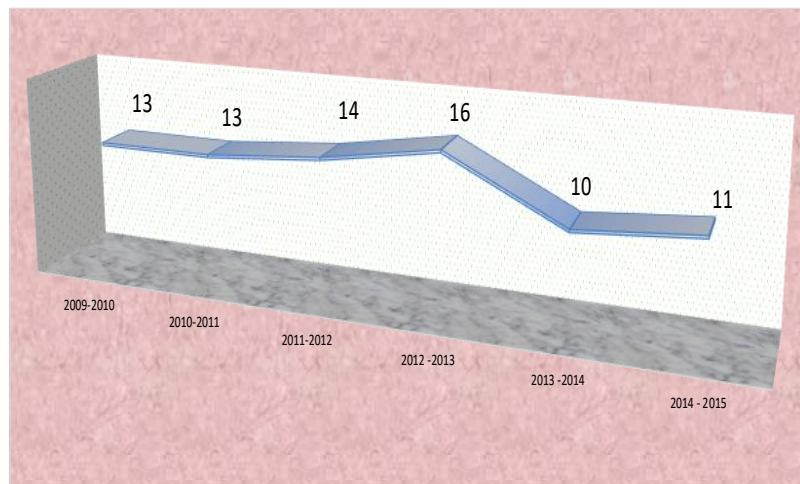
En relación a la mortalidad neonatal en el Perú de acuerdo Centro Nacional de Epidemiología, prevención y control de enfermedades-MINSA estima que en el Perú en el año 2017 habrían ocurrido 2060 defunciones neonatales, y los

departamentos donde apreciamos el mayor número de muertes neonatales ocurre en Lima, La Libertad, Cajamarca, Cusco, Puno, Loreto, Junín. El menor número absoluto de muertes ocurre en Moquegua, Tumbes y Tacna. En Apurímac el número de muertes neonatales y fetales se incrementó en relación al año 2016 en un 80 %

A
S
I
S

2
0
1
7

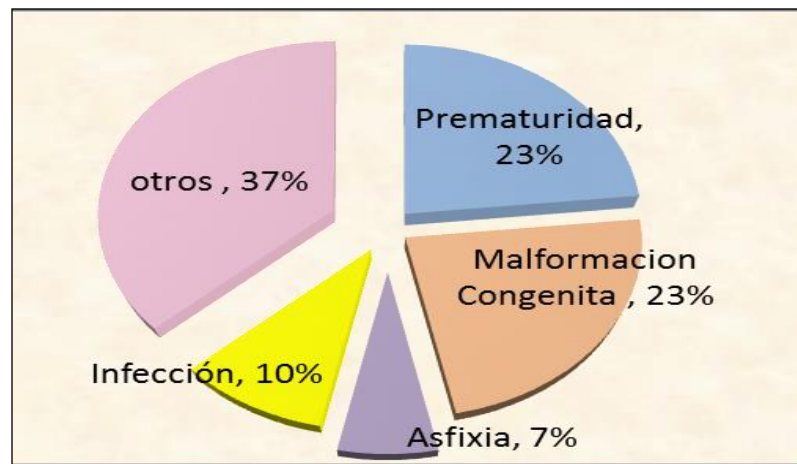
Tasa de Mortalidad Neonatal en Apurímac Según Encuesta Demográfica Familiar Endes/ INEI 2009 – 2015



Fuente: Elaboración propia en base al documento: Perú indicadores de resultados de los programas estratégicos, ENDES 2009 - 2015

La mortalidad neonatal en Apurímac ha sido muy variable presentándose un estancamiento y ligero incremento en los últimos 2 años siendo un indicador de la calidad de atención materna y del recién nacido.

Causas de Mortalidad Neonatal Apurímac 2015



Fuente: Elaborado con estimaciones del estudio Mortalidad Neonatal en el Perú y sus Departamentos, 2011 -2012, CDC. MINSA, 2015.

Las primeras causas de mortalidad neonatal en la Región Apurímac 2014 son la prematuridad o inmadurez y la malformación congénita con la misma proporción, seguido de infecciones, asfixias relacionadas a los cuidados prenatales y la atención del parto y recién nacido.

Según el Reporte de balance de las políticas y estrategias de nutrición infantil y salud materna neonatal-2015 de la Mesa de Concertación para la Lucha Contra la Pobreza (MCLCP), se han identificado algunos factores que obstaculizan el avance en el indicador de muerte neonatal, como son:

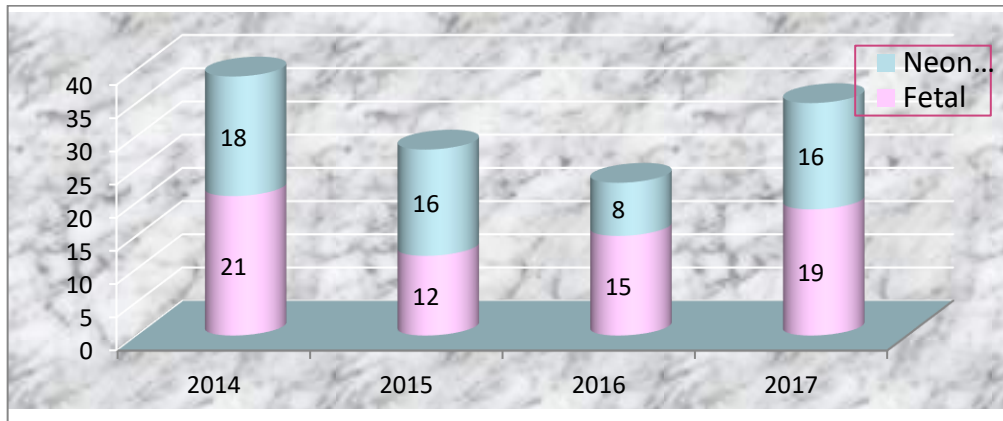
- Debilidad de la rectoría en regiones, poca calidad y eficacia del presupuesto en aquellas regiones donde no se reduce la mortalidad neonatal, débiles competencias técnicas del personal de salud, dificultades en el traslado oportuno de las y los recién nacidos con complicaciones a los establecimientos de salud, capacidad instalada en los establecimientos de salud (UCI neonatales), entre otros.
- La mortalidad neonatal puede ser evitada si se interviene tempranamente desde la gestación: La alta proporción de muertes neonatales probablemente estén **“asociadas a la calidad del cuidado prenatal, a la calidad de la atención del recién nacido en el momento del parto, a los inadecuados cuidados en el hogar y a la falta de reconocimiento oportuno de las complicaciones neonatales.**

- Se han planteado la necesidad de fortalecer las intervenciones madre-niño y tener un abordaje integral articulando las acciones del Plan de Reducción de Mortalidad Materna y Perinatal y del Plan de Reducción de Mortalidad Neonatal. **Asimismo, se ha planteado la urgencia de evaluar la capacidad resolutive de las salas de atención para recién nacidos, en especial los establecimientos referenciales y donde llegan principalmente casos de recién nacidos prematuros y/o con bajo peso al nacer.**

MORTALIDAD PERINATAL

La Oficina de Epidemiología Salud Ambiental y Salud ocupacional del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, realiza la vigilancia de la mortalidad perinatal desde junio del año 2004, constituyendo al igual que la mortalidad materna, uno de los principales problemas de Salud Pública permanente continua y visible. Este es un indicador nos refleja el estado socioeconómico y cultural de la mujer, así como la calidad de los servicios de salud, tanto del punto de vista obstétrico para la detección y manejo de pacientes con factores de riesgo de muerte fetal y prematuridad, como del punto de vista neonatal para la adecuada atención inmediata del recién nacido y su posterior manejo hospitalario, en especial de los recién nacidos prematuros.

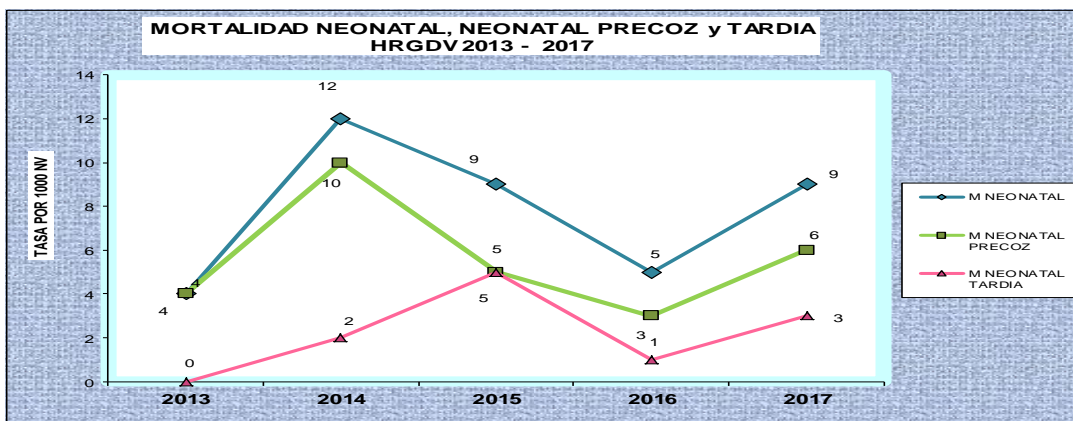
Proporción de muertes neonatales / fetales HRGDV 2014 – 2017



Fuente: OESASO - HRGDV

En los últimos 2 años la mayor proporción de muertes se producen en el periodo fetal (19 casos) 54% y en el periodo neonatal (16 casos) 46%.

Mortalidad neonatal



Fuente: OESASO - HRGDV.

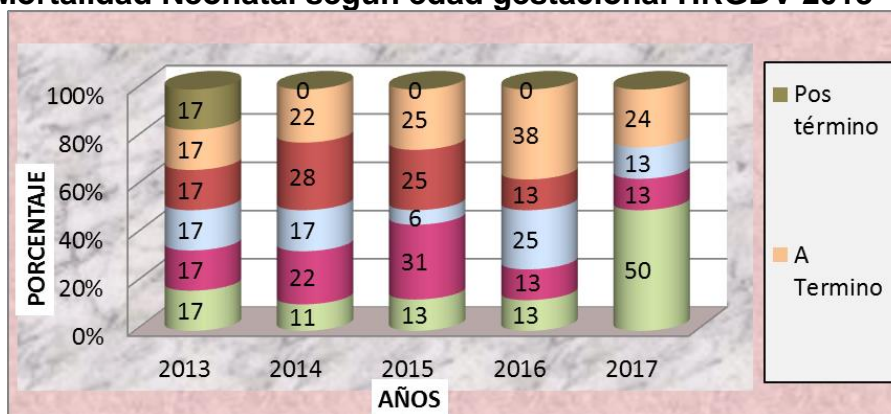
CLASIFICACION / AÑO	2013		2014		2015		2016		2017	
	Nº	TASA X 1000 NV	Nº	TASA X 1000 NV	Nº	TASA X 1000 NV	Nº	TASA X 1000 NV	Nº	TASA X 1000 NV
Mortalidad Neonatal	6	4	18	12	16	9	8	5	16	9
M. Neonatal precoz	6	4	15	10	8	5	6	3	11	6
M. neonatal tardía	0	0	3	2	8	5	2	1	4	3

Fuente: OESASO - HRGDV

En relación a la Mortalidad Neonatal, la tendencia es variable. En el año 2017 se observa un aumento en un 50 % en relación al 2016. En el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega nacieron un total de 1700 recién nacidos vivos, falleciendo 16 neonatos; donde la Tasa de Mortalidad Neonatal es 9 por 1000

nacidos vivos, se observa que los niños mueren en mayor proporción entre los 7 primeros días (mortalidad neonatal precoz), lo cual está en relación a las condiciones previas al nacimiento (salud materna, prematuridad, malformaciones congénitas, atención del parto, atención inmediata del RN) y en menor proporción después de los 7 – 28 días de vida (la mortalidad neonatal tardía) que está en relación con los cuidados del recién nacido después del parto y las condiciones de estabilización y referencia de los establecimientos de salud de nivel primario al hospital.

Mortalidad Neonatal según edad gestacional HRGDV 2013 – 2017



Fuente: OESASO -HRGDV

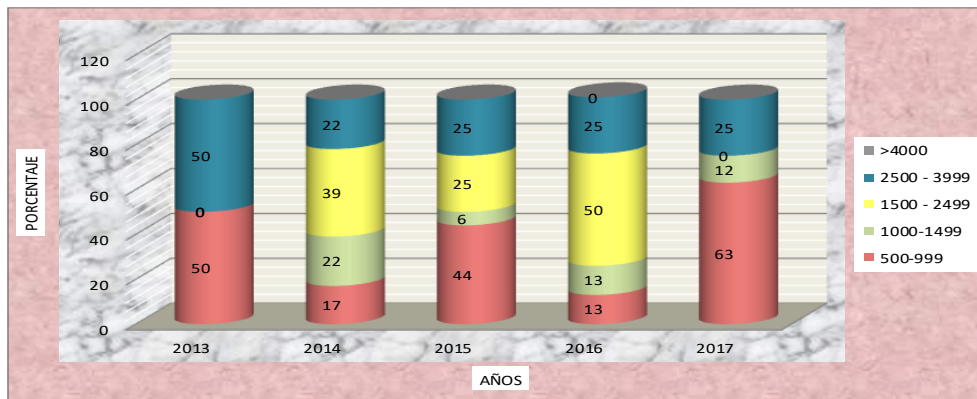
E.G./ AÑO	2013		2014		2015		2016		2017		2013-2017		Malform. Congénita 2013 - 2017
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Prematuridad muy extrema	1	17	2	11	2	13	1	13	8	50	14	22	1
Prematuridad Extrema	1	17	4	22	5	31	1	13	2	13	13	20	1
Prematuridad Moderada	1	17	3	17	1	6	2	25	2	13	9	14	0
Prematuridad Leve	1	17	5	28	4	25	1	13	0	0	11	17	5
A Término	1	17	4	22	4	25	3	38	4	25	16	25	7
Pos término	1	17	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1
TOTAL	6	100	18	100	16	100	8	100	16	100	64	100	15

Fuente: OESASO -HRGDV

En el presente gráfico vemos que en estos últimos 5 años uno de los problemas que conllevan a muerte neonatal es la prematuridad la cual está presente en el 73% de los casos, y para el año 2017 está en un 76%, siendo un condicionante importante de morbilidad respiratoria e infecciosa.

Si sumamos en estos últimos 5 años los recién nacidos a término y los prematuros leves quienes tienen mayores condiciones de supervivencia y restamos los recién nacidos con malformaciones congénitas Concluimos que el 24% (15 casos) del total de muertes pudieron ser evitadas y este es el grupo de casos amerito investigación por el Comité de prevención de mortalidad Materna perinatal, para determinar si el manejo obstétrico, neonatal fue el adecuado en los diferentes procesos de atención desde el primer nivel de atención.

Mortalidad neonatal según peso HRGDV 2013 – 2017



Fuente: OESASO – HRGDV.

PESO (gr./ AÑO)	2013		2014		2015		2016		2017		2013-2017	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	TOTAL	%
500-999	3	50	3	17	7	44	1	13	10	63	24	38
1000-1499	0	0	4	22	1	6	1	13	2	13	8	13
1500-< 2499	0	0	7	39	4	25	4	50	0	0	15	23
2500-3999	3	50	4	22	4	25	2	25	4	25	17	27
>4000	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	6	150	18	100	16	100	8	100	16	100	64	100

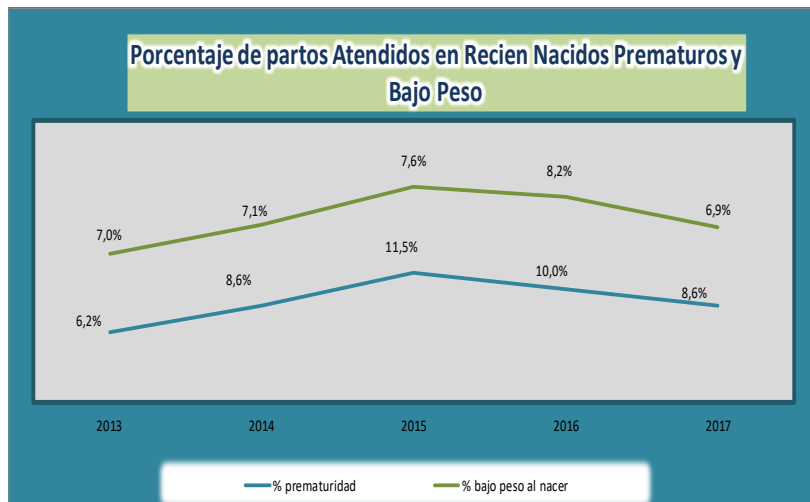
Fuente: OESASO – HRGDV

En estos 5 años el 74% (47) de los neonatos fallecidos tuvieron un peso al nacer <2500 gr. Es decir nacieron con bajo peso al nacer, lo que condicionan a mayor riesgo de morbilidad y mortalidad.

A diferencia el año 2017 el 76% (12) de los neonatos fallecidos presentaron bajo peso al nacer predisponiéndolo a mayor riesgo de muerte.

**A
S
I
S

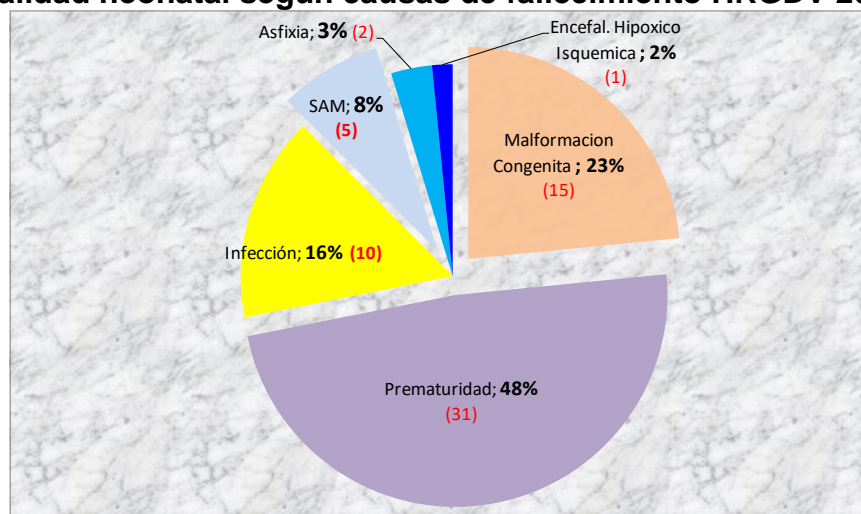
2
0
1
7**



Fuente: OESASO-HRGDV

En el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega se atendieron 1700 recién nacidos donde la tasa de nacimientos prematuros para ese año es de 8,6% del total de nacimientos y la tasa de nacimientos con bajo peso al nacer es de 6,9%. En estos últimos 5 años observamos que el problema del parto prematuro y bajo peso al nacer continua en un estancamiento siendo necesario formular estrategias de intervención en el primer nivel de atención donde el 99% de gestantes se realiza sus controles prenatales, tanto en abordaje de promoción de la salud en los diferentes escenarios (individuo, familia, comunidad, municipios e instituciones) como en la atención materna.

Mortalidad neonatal según causas de fallecimiento HRGDV 2013 - 2017



FUENTE: OESASO-HRGDV

En el siguiente gráfico, se muestra la causalidad de la muerte neonatal periodo 2013– 2017 siendo la prematuridad la primera causa de mortalidad neonatal con un 48% esto debido a que el Hospital Guillermo Díaz de la Vega es un centro de referencia de nivel intermedio, además debemos tener en cuenta que estos neonatos requieren procedimiento invasivos, intervenciones quirúrgicas y hospitalización prolongada.

La segunda causa son las malformaciones congénitas con un 23% (15 casos), la tercera causa son las infecciones con un 16% (10 casos); se evidencia que los casos de asfixias y causas relacionadas (SAM, Encefalopatía Hipoxico isquémica) hacen un total 8% (13 casos) los cuales están relacionados a la calidad de atención de parto y atención inmediata de recién nacido y a las condiciones de referencia materna que repercute en la salud perinatal.



FUENTE: OESASO - HRGDV

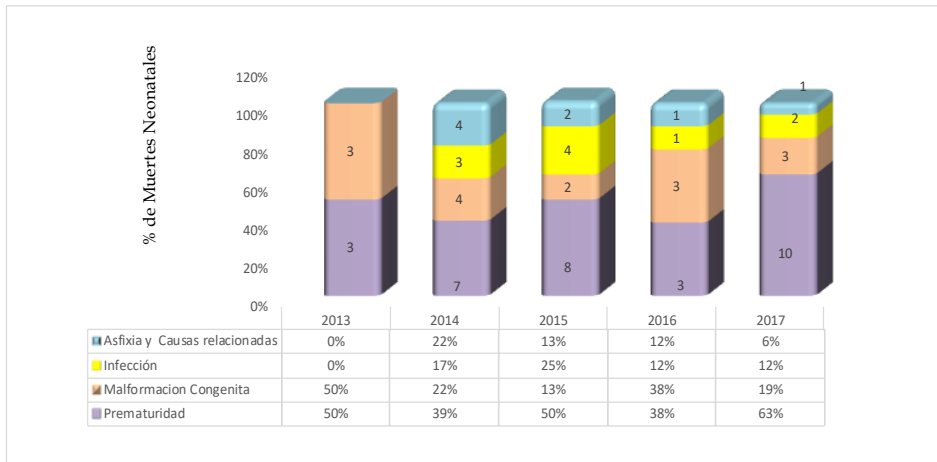
En el cuadro anterior se puede evidenciar que la segunda causa que produjo muerte neonatal en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega en el periodo del 2013 al 2017 son las malformaciones congénitas, donde las malformaciones congénitas múltiples son las más recurrentes, seguido de casos de neonatos fallecidos debido a hernia diafragmática, así mismo en igual número se tienen los casos de hipoplasia pulmonar, malformación congénita digestiva, anencefalia, entre otros

Siendo necesario mejorar el diagnóstico prenatal para la referencia oportuna para el parto a un hospital de mayor complejidad que cuente con la especialidad de cirujano pediatra.

Mortalidad Neonatal según causas de fallecimiento HRGDV 2013-2017

**A
S
I
S

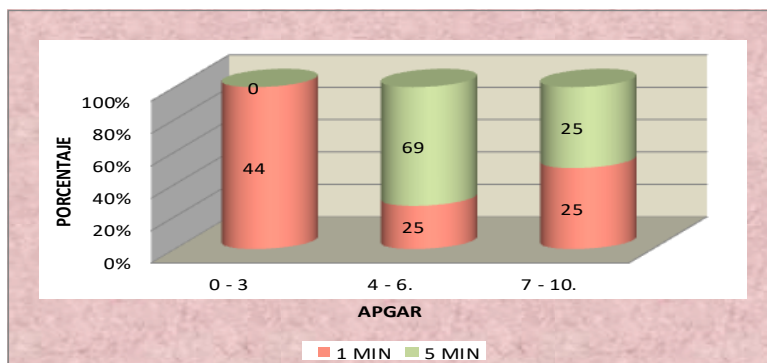
2
0
1
7**



Fuente: OESASO - HRGDV

En el presente grafico muestra las causas de mortalidad por años evidenciándose un incremento significativo en el último año de los casos de muerte por prematuridad, así mismo un leve disminución de los casos de muerte por infecciones y asfisia perinatal.

Mortalidad Neonatal – según APGAR HRGDV 2017



FUENTE: OESASO-HRGDV

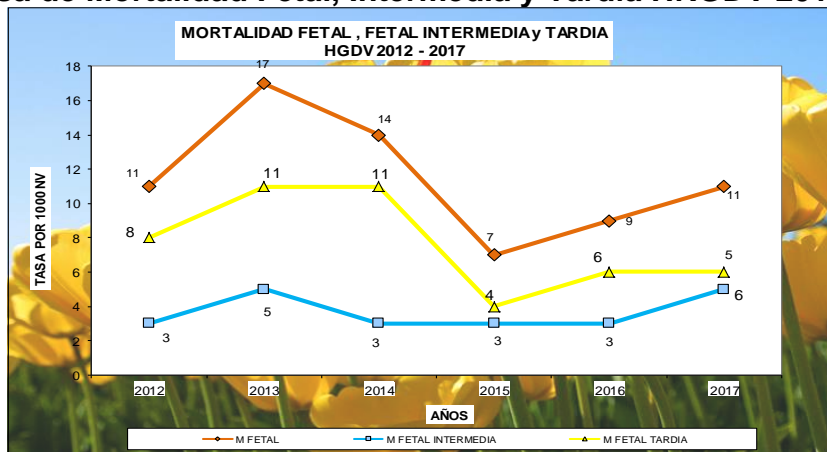
En el presente cuadro se muestra la capacidad de respuesta en la atención inmediata del recién nacido y la adecuada reanimación neonatal en los primeros

minutos de vida donde en el 25 % tuvo una adecuada respuesta a la atención neonatal con un Apgar 7- 10 a los 5 minutos, 69% con depresión moderada y ninguno continuo con depresión severa.

OBITOS FETALES:

Es la defunción de un producto de la concepción, antes de su expulsión o su extracción completa del cuerpo de su madre, a partir de las 22 semanas de gestación o peso igual o mayor a 500 gramos. La muerte fetal está indicada por el hecho que después de la separación, el feto no respira ni da ninguna otra señal de vida, como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria.

Tasa de Mortalidad Fetal, Intermedia y Tardía HRGDV 2012 – 2017



Fuente: OESASO-HRGDV.

Clasificación / Año	2013		2014		2015		2016		2017	
	Nº	Tasa X 1000 NV	Nº	Tasa X 1000 NV	Nº	Tasa X 1000 NV	Nº	Tasa X 1000 NV	Nº	Tasa X 1000 NV
Mortalidad Fetal	26	17	21	14	12	7	15	9	19	11
M. Fetal Intermedia	8	5	4	3	5	3	5	3	9	5
M. Fetal Tardía	18	11	17	11	7	4	10	6	10	6

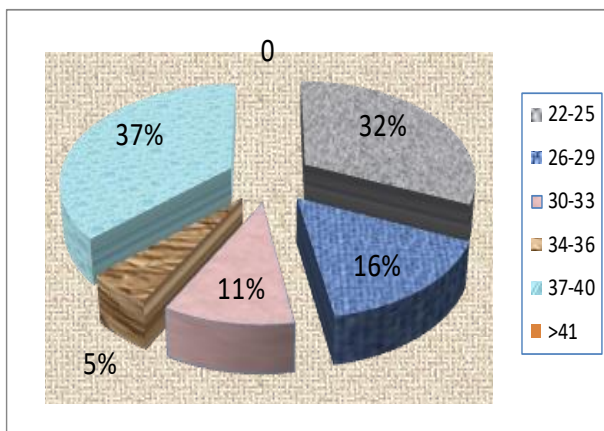
Fuente: OESASO-HRGDV

ANÁLISIS 2017

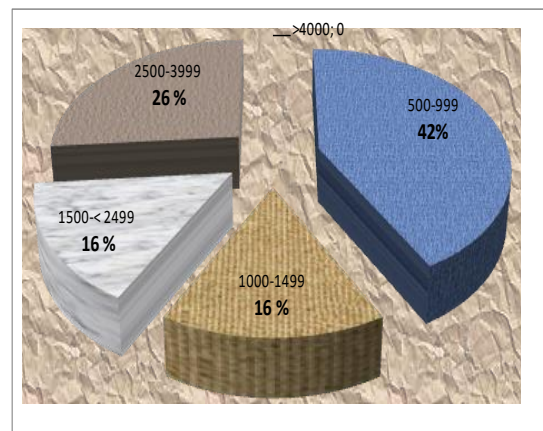
En los cuadros arriba mostrados muestra la tasa de mortalidad fetal del año 2013 al 2017 la cual ha sido variable presentando un incremento para el 2017 en número. Cabe mencionar que el 95% de los casos de muerte fetal se produjeron en domicilio y un 5 % se produjo en trayecto los cuales fueron referidos por el establecimiento de su jurisdicción para la atención de parto, los resultados muestran que el mayor porcentaje se produce en periodo fetal tardío >28 sem. Lo que nos muestra que se debe enfatizar el seguimiento, control prenatal de calidad detectando factores de riesgo oportunamente.

- ❖ Los siguientes gráficos muestran la distribución de los mismos según edad gestacional y peso al nacer.

Óbitos fetales según edad gestacional y peso al nacer 2017



Fuente: OESASO-HRGDV



Fuente: OESASO-HRGDV

Observamos que el 37% de casos de óbitos fetales se presentaron en gestaciones a término y en fetos de peso \geq 2500 gr. en un 26%, en quienes no esperamos este desenlace. Ya que las gestantes acudieron al Hospital con el diagnóstico de óbito fetal para la respectiva atención de parto por lo que amerita análisis individual de estos casos por parte del Comité de Vigilancia Perinatal de cada una de las Redes de Salud para determinar si se presentaron demoras en la atención obstétrica.

Mortalidad fetal según certificado de defunción y/o patología materna asociada 2013 – 2016 del HRGDV

A continuación vemos una tabla con las causas de muerte determinadas por la vigilancia Epidemiológica, en los años 2013 - 2016 para lo cual se revisa la historia clínica materna. Así tenemos que en los últimos 3 años las causas más frecuentes que produjeron muerte fetal son las hipoxia fetal intrauterina asociado a anhidramnios, oligohidramnios severo con un 27% en segundo lugar los casos asociados en los cuales se presentó malformaciones congénitas con un 20% seguido de óbitos asociados a distocias de cordón (prolapso de cordón, torsión, circular simple triple de cordón, nudos) hacen un 18%, en otra proporción igual tenemos a los casos de hipoxia fetal intrauterina asociados a DPP, que como sabemos muchas veces se asocia a preeclampsia, lo que amerita revisar nuestras guías de diagnóstico y manejo de los trastornos hipertensivos del embarazo.

Mortalidad fetal según certificado de defunción y/o patología materna asociada 2013 – 2017 del HRGDV.

CAUSA BASICA/PATOLOGIA FETAL ASOCIADA	2013	2014	2015	2016	2017	Total	%
Distocias de cordón (prolapso de cordón, torsión, circular simple triple de cordón, nudos)	7	2		4	3	9	14
malf congénitas	8	1	3	3	7	14	21
Hipoxia fetal intrauterina/ senescencia placentaria	1		2	3		5	8
Asfixia / anhidramnios/ oligohidramnios severo	4	9	5	2	3	19	29
Hipoxia fetal intrauterina / DPP	3	5	1	2	1	9	14
Hipoxia fetal intrauterina/ no especificada		2	1	1	1	5	8
Prematuridad muy extrema/ parto inmaduro	2				2	2	3
Infección intrauterino		2			1	3	5
Eritroblastosis fetal					1		

No determinado	1					0	0
TOTAL	26	21	12	15	19	66	100

Fuente: OESASO-HRGDV

Mortalidad perinatal según lugar de procedencia 2017

	Nº	%
Red Abancay	23	
C.S. PP. JJ	4	11
CS Villagloria	1	3
C.S Bellavista	3	9
P.S Ocrabamba	1	3
P.S Patibamba Baja	2	6
C.S Huancarama	1	3
C.S Pacobamba	1	3
P.S Llactabamba	1	3
P.S Kiunalla	1	3
P. S Pichiupata	1	3
C.S. Tamburco	2	6
P.S San Antonio	1	3
P.S Ccoya	1	3
C.S Paccaypata	1	3
P.S Marjuni	1	3
P.S Pichibamba	1	3
Red Grau	3	
C.S Grau	1	3
P.S Huayllati	1	3
C. S Curasco	1	3
Red Aymaraes	4	
P.S Pampamarca	1	3
P.S Killcaccasa	1	3
P.S Carhuatani	1	3
P.S Pichihua	1	3
Red Antabamba	1	
C.S Antabamba	1	3
Red Tambobamba	1	
C.S Haquira	1	3
Andahuaylas	3	
Hosp. Andahuaylas	3	9
TOTAL	35	100

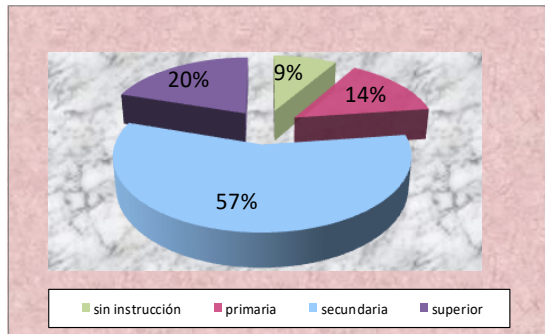
Fuente: OESASO-
 En la
 tabla se
 muestra la
 mortalidad
 perinatal
 según lugar
 de procedencia

HRGDV
 presente
 la
 mortalidad
 perinatal
 de

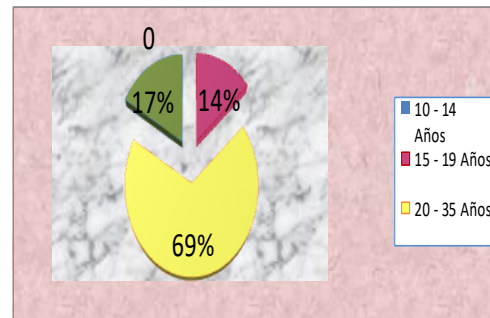
principalmente provienen de la Red Abancay (En mayor número en los establecimientos de salud de pueblo joven, Bellavista, Patibamba Baja, Tamburco) probablemente debido a la mayor densidad poblacional, siendo necesario la evaluación de la óptima cantidad de profesionales de la salud destinados a la atención obstétrica por número de mujeres en edad fértil, actividades preventivo promocionales en la zona urbana de Abancay para (seguimiento gestantes, puérperas, neonatos, realización del plan de parto, promoción de la salud en Instituciones educativas, planificación familiar etc.). Así mismo el fortalecimiento de los laboratorios en establecimientos 1-3, 1-4 para la

detección y control de patologías maternas que tienen que ver directamente con la salud perinatal.

Mortalidad Perinatal según grado de instrucción y edad materna - HRGDV 2017



Fuente: Unidad de Epidemiología y ESSSR

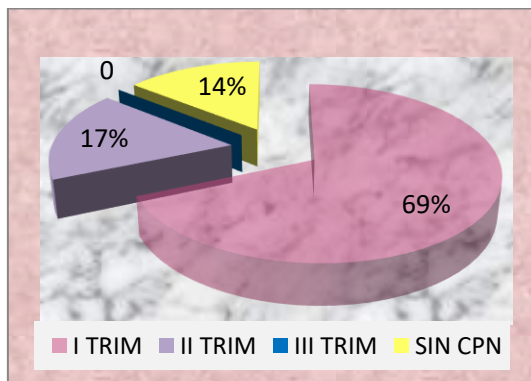


Fuente: Unidad de Epidemiología y ESSSR

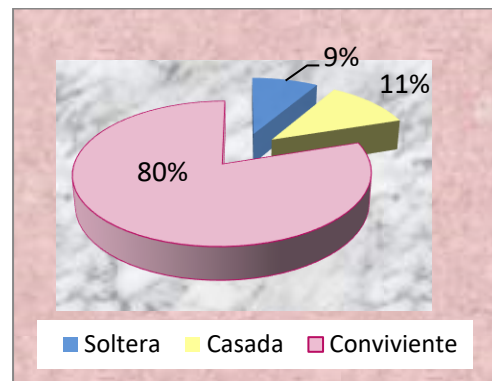
El presente cuadro muestra la mortalidad perinatal según grado de instrucción y edad materna donde la mayoría tuvo algún nivel de instrucción, el 57% tuvo el grado de instrucción secundario el 20% tienen grado de instrucción superior y 14% primario.

El 69% fueron mujeres jóvenes donde su edad oscilaba entre 20 a 35 años.

Mortalidad perinatal según inicio de APN y estado civil materno HRGDV 2017



Fuente: OESASO HRGDV



Fuente: OESASO HRGDV

El 80% se encontraban en una relación de convivencia, y el 69% iniciaron su control prenatal en forma oportuna.

CAPITULO V

5.1. INDICADORES DE GESTION Y EVALUACION DE LAS UNIDADES PRODUCTORAS DE SALUD DEL HRGDV.

ANALISIS DE LA OFERTA

GESTION

Decreto supremo 041-2015-SA

La Organización Mundial de la Salud introdujo como criterio de evaluación de los sistemas de salud la atención a las necesidades no sanitarias de los usuarios, incluyendo aspectos como mantenimiento de la autonomía, confidencialidad, respeto a la dignidad, elección de prestadores y acceso a redes sociales. Estos aspectos pueden resumirse en una medición de la percepción de la satisfacción del usuario mediante una escala Likert. La escala diseñada señala como satisfecho al usuario que reporta sentirse muy satisfecho o satisfecho con la atención recibida (los dos valores superiores), para una escala de cinco valores posibles.

Se definen las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios a cumplir en el año 2015, para recibir la entrega económica anual a la que hace referencia el artículo 15 del Decreto Legislativo que regula la política integral de compensaciones y entregas económicas del personal de la salud al servicio del Estado.

La Gestión Hospitalaria es la función básica del proceso administrativo hospitalario que permite optimizar la oferta hospitalaria a una demanda de necesidades de atención de salud, en la que una gestión objetiva y una adecuada planeación, posibilita la toma de decisiones y gestión administrativa de manera eficiente y oportuna. Por ello, las actividades de gestión de la calidad, su medición y mejora deben considerarse como una de las líneas estratégicas más importantes a desarrollar en los servicios de salud, para conocer el nivel de calidad alcanzado por los servicios que presta el sistema de salud y orientar así las acciones de mejora continua.

Por ello, las actividades de gestión de la calidad, su medición y mejora deben considerarse como una de las líneas estratégicas más importantes a desarrollar en los servicios de salud, para conocer el nivel de calidad alcanzado por los servicios que presta el sistema de salud y orientar así las acciones de mejora continua.

“Análisis de la Situación de Salud – Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega”
Unidad de Epidemiología - OESASO



REPORTE DE SERVICIOS INTERMEDIOS, DE APOYO Y OTROS SERVICIOS

Establecimiento de Salud informante: Mes:

Código Renaes: Año:

**A
S
I
S

2
0
1
7**

Laboratorio y Anatomía Patológica	TOTAL		
	Hospitaliz	Emergenc	C. Externa
TOTAL DE EXAMENES LABORATORIO	37435	69107	61827
TOTAL EXAMENES BIOQUÍMICOS	16951	30782	26809
Colesterol	265	384	4131
Glucosa	2081	5260	3763
Creatinina	1637	4992	3127
Bilirrubina	2472	3114	2420
Transaminasas	2070	3028	2436
Fosfata Alcalina	1009	1483	1212
Triglicéridos	117	309	1811
Otros	7300	12212	7909
TOTAL EXAMENES HEMATOLÓGICOS	15122	32983	19263
Hemoglobina y/o Hematocrito	5801	8545	5990
Hemograma	2978	8448	4887
Grupo Sanguíneo	2439	2464	1926
Tiempo Sangría / T. Coagulación y/o Plaquetas	1196	7115	2158
VSG	234	542	270
Otros	2474	5869	4032
TOTAL EXAMENES BACTERIOLÓGICOS	1876	1355	3919
Urocultivo	183	289	297
Otros Cultivos	348	68	463
Zeihl Nielsen (BK)	317	30	669
GRAM (Secrec. Vaginal y Otros)	166	55	555
Otros	862	913	1935
TOTAL EXAMENES INMUNO SEROLÓGICOS	3231	2613	10472
Aglutinaciones	183	463	178
Serológicas	2780	1653	3757
Test de embarazo	31	420	154
V D R L	0	0	0
RPR	11	26	525
Elisa	155	22	4865
Prueba Rápida para VIH	33	24	234
Otros	38	5	759
TOTAL EXAMENES PARASITOLÓGICOS	255	1374	1364
Parasitológicos de Heces	249	1371	1355
Gota Gruesa	3	3	5
Otros Parasitológicos	3	0	24

Fuente: Servicio de Laboratorio

Laboratorio y Anatomía Patológica	TOTAL		
	Hospitaliz	Emergenc	C. Externa
TOTAL EXAMENES CITOLÓGICOS (PAP)	0	0	835
TOTAL EXAMENES HISTOPATOLÓGICOS (Biopsia)	0	0	0
TOTAL AUTOPSIA MÉDICO LEGAL	0	0	0
TOTAL AUTOPSIA CLÍNICA	0	0	0
TOTAL EXÁMEN COMPLETO DE ORINA	849	3717	2609

Diagnóstico por Imágenes	TOTAL		
	Hospitaliz	Emergenc	C. Externa
TOTAL DE EXAMENES IMÁGENES	2741	8211	12065
Exámenes Fotorradiográficos	0	0	0
Exámenes Radiográficos	1453	6456	6702
Exámenes Ecográficos	1145	1152	4934
Exámenes Tomográficos	0	0	0
Placas Dentales	0	0	0
Otros	143	603	429

Fuente: Servicio de Dx. Imágenes

Nutrición y Dietética	TOTAL		
	Hospitaliz	Emergenc	C. Externa
TOTAL DE RACIONES	225165	11103	113835
Para Pacientes	103309	8703	9086
Para Personal	121856	2400	104749

Fuente: Servicio de Nutrición

Lavandería	Kg.
TOTAL DE KG. ROPA LAVADA	303317
Hospitalización	260823
Emergencia	29720
Consulta Externa	12774

Fuente: Servicio de Lavandería

Otros Servicios	TOTAL		
	Hospitaliz	Emergenc	C. Externa
Farmacia: Total de Recetas Despachadas	39049	27515	20702
Ambulancia: Traslados Efectuados	3533	3533	3533

La información fuente de este reporte corresponde a los servicios intermedios del establecimiento de Salud, NO ES HIS, no forzar el ingreso de datos en el HIS.

5.1.1. HOSPITALIZACION

Número y Porcentaje de distribución camas, por Servicios, HRGDV 2013 – 2017

SERVICIO	N° CAMAS					PORCENTAJE DE DISTRIBUCION DE CAMAS				
	2013	2014	2015	2016	2017	2013	2014	2015	2016	2017
MEDICINA	33	33	33	35	36	57.9	57.6	60.6	46.8	36.1
TRAUMATOLOGÍA	27	26	26	26	26	96.3	80.8	84.6	34.9	38.5
CIRUGÍA	26	27	27	27	27	107.7	85.2	92.6	47.7	33.3
PEDIATRÍA	13	16	16	14	14	92.3	62.5	50.0	43.3	42.9
NEONATOLOGÍA	14	12	12	12	14	92.9	100.0	108.3	270.8	35.7
GINECOOBSTETRICIA	65	49	49	52	24	33.9	49.0	57.1	293.2	83.3
TOTAL	178	163	163	166	141	65.1	66.9	71.2	87.3	223.8

Porcentaje de Rendimiento Camas y Días Cama Disponibles por Servicios, HRGDV – 2017

SERVICIO	RENDIMIENTO CAMA					N° DÍAS CAMAS DISPONIBLES				
	2013	2014	2015	2016	2017	2013	2014	2015	2016	2017
MEDICINA	24.6	42.8	27.5	25.7	67.8	13.8	12.0	12.0	12.0	13.0
TRAUMATOLOGÍA	19.3	20.0	23.7	23.2	45.0	9.8	9.4	9.4	9.4	10.0
CIRUGÍA	15.0	33.9	33.4	38.7	120.9	9.4	9.8	9.8	9.8	9.0
PEDIATRÍA	30.1	23.8	20.4	26.1	58.8	4.7	5.8	5.8	5.1	6.0
NEONATOLOGÍA	117.9	146.8	145.8	145.0	327.8	5.1	4.3	4.3	4.3	5.0
GINECOOBSTETRICIA	34.7	55.7	45.1	46.5	116.3	23.7	17.8	17.8	18.9	20.0
TOTAL	35.2	47.3	41.6	42.5	109.5	68.9	59.4	59.4	60.5	63.0

Fuente: Unidad Estadística HRGDV– 2017

En número de camas, ocupación camas, Rendimiento cama y Días cama disponibles por servicios del HRGDV para el año 2017; se tuvo un total de 141 camas; el de mayor porcentaje promedio por día de camas ocupadas fue en el de servicio de Gineco-Obstericia con (293.2%), seguido del servicio de Neonatología con (270.8%); en los servicios indicados nos encontramos por encima del estándar nacional; sin embargo el servicio de Cirugía con porcentaje ocupación cama de 47.7%, seguido del servicio de Medicina con porcentaje ocupación cama de 46.8%, El servicio de Pediatría con 43.3%, traumatología con 34.9% que se consideran por debajo del estándar a nivel nacional; al totalizar todos los servicios llegamos al promedio de 87.3%; al realizar el análisis de rendimiento cama el servicio con mayor rendimiento es Neonatología.

Egresos Hospitalarios, Estancias, Intervalo de sustitución, porcentaje ocupación camas, promedio de egreso diario y pacientes al día Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega 2017

INDICADORES DE SALUD - HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA										
SERVICIO	TOTAL EGRESOS	Nº DE CAMAS	ESTANCIAS	PROMEDIO DE ESTANCIAS	INTERVALO DE SUSTITUCIÓN DE CAMAS	PORCENTAJE DE OCUPACION DE CAMAS	RENDIMIENTO CAMA	Nº DE CAMAS DISPONIBLES	PROMEDIO DIARIO DE EGRESOS	Nº DE PACIENTES DIA
MEDICINA	882	36	6139	7.0	9.4	78.7	67.8	13.0	2.42	20
TRAUMATOLOGÍA	480	26	6807	15.1	31.0	99.1	45.0	10.0	1.23	22
CIRUGÍA	1068	27	5285	4.9	7.8	1078.8	120.9	9.0	2.98	25
PEDIATRÍA	363	14	1763	5.0	35.4	728.5	58.8	6.0	9.67	7
NEONATOLOGÍA	1639	14	2859	1.7	100.1	1075.3	327.8	5.0	4.49	12
GINECOOBSTETRICIA	2325	24	7886	3.3	14	1039.2	116.3	20.0	6.36	28
TOTAL	6897	141	30439	4.4	32.95		109.5	63.0	18.89	114

Fuente: Unidad Estadística, Oficina de Epidemiología HRGDV– 2017.

En el año 2016 se tuvieron 7074 egresos hospitalarios; para este año los servicios con mayores egresos hospitalarios fueron el servicio de Gineco-Obstetricia con 2417 egresos ; seguido del servicio de Neonatología con 1740 egresos y el servicio de Cirugía con 1046 egresos; los servicios con mayor estancia hospitalaria son el servicio de, Traumatología con 11.79 días de hospitalización, seguido del servicio Medicina con 6.29 días de hospitalización y el servicio de Cirugía con 5.74 días de hospitalización; se observa que para este año fueron disminuyendo la estancia hospitalaria en los servicios nombrados a comparación con los años anteriores. Tenemos 166 camas y 60590 total días camas disponibles al año. El hospital ofrece internamiento, tratamiento y rehabilitación a personas de todas las edades, que padecen o son sospechosas de padecer ciertas enfermedades.

Porcentaje de Ocupación de Camas, Hospitalarias por Servicios HRGDV 2013–2017

PORCENTAJE OCUPACION CAMA					
SERVICIO	2013	2014	2015	2016	2017
MEDICINA	57.89	57.58	60.61	57.14	78.7
TRAUMATOLOGÍA	96.3	80.77	84.62	84.62	99.1
CIRUGÍA	107.69	85.19	92.59	92.59	1078.8
PEDIATRÍA	92.31	62.5	50	57.14	728.5
NEONATOLOGÍA	92.86	100.0	108.33	108.33	1075.3
GINECOOBSTETRICIA	33.85	48.98	57.14	53.85	1039.2
TOTAL	65.08	66.87	71.17	69.88	

Fuente: Unidad Estadística HRGDV – 2017

El número de camas hospitalarias necesarias para la correcta atención de la población no puede definirse universalmente ya que no sólo depende de la eficiencia en su gestión sino también del desarrollo de otras modalidades de atención y de la incorporación de nuevas tecnologías que influyen en su tasa de utilización. De acuerdo al cuadro el servicio de Neonatología tiene el 108% de ocupación camas y que requiere mayor número de personal para su atención. Sin embargo en aquellos servicios que cuentan con un porcentaje bajo de camas ocupadas requiere menor número de personal por cama. Lo inverso también debe

ANÁLISIS 2017

llamar la atención: Los servicios con un número reducido de médicos por cama pero un alto porcentaje de ocupación. Este último caso representaría el mejor desempeño.

Número de Egresos Día según Servicio, Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega – 2013 al 2017.

SERVICIO	EGRESOS 2013		EGRESOS 2014		EGRESOS 2015		EGRESOS 2016		EGRESOS 2017	
	N°	EGRESOS/DÍA	N°	EGRESOS/DÍA	N°	EGRESOS/DÍA	N°	EGRESOS/DÍA	N°	EGRESOS/DÍA
MEDICINA	934	2.56	1411	3.87	909	2.49	901	2.47	882	2.42
TRAUMATOLOGÍA	520	1.42	520	1.42	615	1.68	604	1.65	450	1.23
CIRUGÍA	391	1.7	915	2.51	902	2.47	1046	2.87	1088	2.98
PEDIATRÍA	391	1.7	380	1.04	326	0.89	366	1	353	9.67
NEONATOLOGÍA	1650	4.52	1762	4.83	1750	4.79	1740	4.77	1639	4.49
GINECOOBSTETRICIA	2256	6.18	2730	7.48	2210	6.05	2417	6.62	2325	6.36
TOTAL	6659	16.83	7718	21.15	6785	18.37	7074	19.38	6897	18.89

Fuente: Unidad Estadística HRGDV – 2013-2017

Los Egresos Día según Servicio, Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega – 2013 al 2017; al comparar los egresos hospitalarios con los años anteriores; se tuvo 7074 egresos mayor que el año anterior, el servicio con mayor número de egresos hospitalarios es Gineco-Obstetricia con 6.62 egresos por día, seguido del servicio de Neonatología de 4.77 egresos hospitalarios promedio por día y el servicio de Neonatología con 4.79 egresos día y a nivel del hospital se tuvo 18,39 egresos hospitalarios por día.

Promedio de Estancia Hospitalaria por Servicios, Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega – 2013-2017

SERVICIO	PROMEDIO DE ESTANCIA				
	2013	2014	2015	2016	2017
MEDICINA	5.1	7.6	7.5	6.3	6.5
TRAUMATOLOGÍA	12	20.3	12.3	11.8	13.11
CIRUGÍA	14	12.3	6.7	5.7	4.75
PEDIATRÍA	6	9.8	4.8	4.9	4.78
NEONATOLOGÍA	4.3	5.9	4.4	3.3	9.04
GINECOOBSTETRICIA	3.8	4.3	3.6	3.2	2.64
TOTAL	7.5	10.0	6.6	5.9	6.8

Fuente: Unidad Estadística HRGDV– 2013 - 2017

Promedio de estancia hospitalaria por servicios del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega del año 2013 al 2017; Comparando con los años anteriores se tuvo menores días de hospitalización; el promedio de estancia hospitalaria en todos los servicios es de 4.8 días de hospitalización así como de la estancia hospitalaria mayor es en el servicio de traumatología con un promedio de 11.8 días, seguido del servicio de Medicina con un promedio de 6.3 días de hospitalización y el servicio de Cirugía con un promedio de 5.7 días de hospitalización.

Intervalo de Sustitución, por Servicio Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega – 2013-2017.

SERVICIO	INTERVALO DE SUSTITUCIÓN				
	2013	2014	2015	2016	2017
MEDICINA	14.8	8.5	13.2	14.2	9.4
TRAUMATOLOGÍA	18.9	18.2	15.4	15.7	31.0
CIRUGÍA	24.2	10.7	10.9	9.4	7.8
PEDIATRÍA	12.1	15.3	17.9	13.9	35.4
NEONATOLOGÍA	3.1	2.5	2.5	2.5	100.1
GINECOOBSTETRICIA	10.5	6.5	8.1	7.8	14
TOTAL	9.7	7.7	8.8	8.5	32.95

Fuente: Unidad Estadística HRGDV – 2017

ANÁLISIS 2017

Se describe este indicador como el tiempo promedio (en días o fracción día), que una cama hospitalaria permanece desocupada entre el egreso de un paciente y el ingreso de otro. Se indica que el valor del Intervalo de sustitución es ideal, cuando es mayor que cero y menor que uno, expresando que, si un paciente egresa, esa cama es ocupada por otro paciente en un período menor de un día. El intervalo de sustitución de camas mide el tiempo, en días o en fracción de días, que una cama permanece sin ocuparse, por lo que este indicador ofrece una medida de la eficiencia en la preparación de la cama después del egreso de un paciente. A mayor intervalo de sustitución, mayor será la espera del siguiente paciente y menor la productividad de la institución.

El intervalo de sustitución por servicios en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega el año 2012 al 2016; Comparando con los años anteriores tuvimos como promedio 8.5 días en espera de rotación con el nuevo ingreso a la cama; la tabla nos demuestra que en el servicio de Traumatología el intervalo de rotación es después de 15.7 días el índice de rotación, seguido del servicio de Medicina con 14.2 de intervalo.

RESULTADOS DE LA EVALUACION DE LA SATISFACCION
DE LOS USUARIOS EXTERNOS
DE LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACION DEL
HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA ABANCAY
METODOLOGIA SERVQUAL
SETIEMBRE - DICIEMBRE 2016

I. INTRODUCCIÓN

La satisfacción del usuario externo de los establecimientos de salud se encuentra amparada por lo dispuesto en la Ley General de Salud, Ley N° 26842, en su Título Primero, referente a: Derechos, deberes y responsabilidades concernientes a la salud individual, “Artículo 5°.- Toda persona, usuaria de los servicios de salud, tiene derecho a : **respeto de su personalidad, dignidad e intimidad**. A que se le brinde **información veraz, oportuna y completa** sobre las características del servicio... a que se le dé en **términos comprensibles información** completa y continuada sobre su proceso, incluyendo el diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento...”

A través de los Lineamientos y Propuestas de Política planteadas por Consejo Nacional de Salud, en el documento denominado Lineamientos y Medidas de Reforma del Sector Salud Julio – 2013, se plantea como uno de los lineamientos de política la “Protección al Usuario”, a través de la que se busca mejorar la eficiencia, calidad y acceso a los servicios hospitalarios y especializados; se establece como propuesta de mandato de política la “implementación del sistema nacional de garantía de la calidad en los establecimientos públicos y privados del sector, teniendo como finalidad la elevación del nivel de satisfacción del usuario o sea “usuario satisfecho”.

En el Documento Técnico: Política Nacional de Calidad en Salud, aprobada por Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, tiene como finalidad “Contribuir a la mejora de la calidad de la atención de salud en las organizaciones proveedoras de servicios de salud mediante la implementación de directrices emanadas de la Autoridad Sanitaria Nacional”.

Según la Primera Política, “la Autoridad sanitaria es garante del derecho a la calidad de atención brindada por las organizaciones proveedores de atención de salud, públicas, privadas y mixta”. Estableciéndose estrategias para el “establecimiento de mecanismos de evaluación de la **percepción de calidad** de atención por parte de los usuarios”.

Esta estrategia priorizada es “la satisfacción del usuario”, de fundamental importancia como una medida de la calidad de la atención, porque proporciona información sobre el éxito del proveedor en alcanzar los valores y expectativas del mismo, para ello se ha previsto el desarrollo de un

instrumento de medición aplicable a los usuarios en las diferentes etapas del proceso de atención, entre los cuales se encuentran las encuestas de satisfacción.

A través de la “Guía Técnica Para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, aprobada bajo Resolución Ministerial 527-2011/MINSA”, que tiene como “Objetivo: Establecer una metodología y herramienta estandarizadas para la evaluación de la satisfacción del usuario externo”.

A
S
I
S
2
0
1
7

En merito a estas consideraciones, se presenta los resultados de la evaluación dirigido a determinar y conocer el nivel de satisfacción de los usuarios externos que reciben atención de salud en los servicios de hospitalización de nuestra institución, aplicando la metodología SERVQUAL MODIFICADO, basado en evaluar las EXPECTATIVAS Y PERCEPCIONES de los usuarios encuestados, metodología establecida por el Ministerio de Salud, a través de la Dirección de Calidad en Salud, información que servirá para la gestión de la calidad de los servicios de salud, del mismo modo iniciar con los procesos de mejora.

II. CONSIDERACIONES GENERALES.

2.1.- DEFINICIONES OPERATIVAS

Aspectos Tangibles.- Son los aspectos físicos que el usuario percibe de la institución. Están relacionados con las condiciones y apariencia física de las instalaciones, equipos, personal, material de comunicación, limpieza y comodidad.

Atención Intramural.- Es la atención por el profesional de salud según sus competencias en un establecimiento de salud.

Capacidad de Respuesta.- Disposición de servir a los usuarios y proveerles un servicio rápido y oportuno frente a una demanda con una respuesta de calidad y en un tiempo aceptable.

Evaluación.- Es la emisión de un juicio de valor que compara los resultados obtenidos con un patrón de referencia (estándares) para constatar la mejora de la atención de la salud a los usuarios que acuden a una organización de salud.

Evaluación de la satisfacción del usuario externo.- Proceso referido a la valoración de la calidad de atención en los servicios de salud por el usuario, a través de las principales actividades del proceso de atención.

Empatía.- Es la capacidad que tiene una persona para ponerse en el lugar de otra persona y entender y atender adecuadamente las necesidades del otro.

Expectativa del Usuario.- Define lo que el usuario espera del servicio que brinda la institución de salud. Esta expectativa se forma básicamente por sus experiencias pasadas, sus necesidades conscientes, la comunicación boca a boca e información externa. A partir de aquí puede surgir una retroalimentación hacia el sistema cuando el usuario emite un juicio.

Fiabilidad.- Capacidad para cumplir exitosamente con el servicio ofrecido.

Satisfacción del Usuario Externo.- 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 ofrece.

SERVQUAL.- Define la calidad de servicio como la brecha o diferencia (P menos E) entre la percepciones (P) y expectativas (E) de los usuarios externos.

La herramienta SERVQUAL (Quality Service) se utiliza para determinar el nivel de satisfacción con la calidad de servicio que se brinda al usuario. Es una herramienta desarrollada por A. Parasuraman y colaboradores. Quienes sugieren que la comparación entre las expectativas generales de los usuarios (clientes, usuarios, paciente, beneficiarios) y sus percepciones respecto al servicio que presta una organización, puede constituir una medida de la calidad del servicio.

Seguridad.- Evalúa la confianza que genera la actitud del personal que brinda la prestación de salud demostrando conocimiento, privacidad, cortesía, habilidad para comunicarse e inspirar confianza.

Percepción del Usuario.- Como percibe el usuario que la organización cumple con la entrega del servicio de salud ofertado.

Usuario Externo.- Persona que acude a un establecimiento de salud para recibir una atención de salud de manera continua y con calidad, en el contexto de familia y comunidad.

Calidad de la Atención.- Conjunto de Actividades que realizan los establecimientos de salud y los servicios médicos de apoyo en el proceso de atención, desde el punto de vista técnico y humano, para alcanzar los efectos deseados tanto por los proveedores como por los usuarios, en términos de seguridad, eficacia, eficiencia y satisfacción del usuario.

Mejoramiento Continuo de la Calidad.- Es una metodología que implica el desarrollo de un proceso permanente y gradual en toda organización de salud, a partir de los instrumentos de garantía de la calidad, con el fin de cerrar las brechas existentes, alcanzar niveles de mayor competitividad y encaminarse a constituir una organización de excelencia.

Oportunidad de Mejora.- Es el proceso de atención al usuario externo mediante el análisis de la información generada por una herramienta y que es factible de mejorarse.

III. OBJETIVOS

En este estudio se planteó como:

3.1.- Objetivo General:

- ❖ Determinar el Nivel de Satisfacción de los Usuarios Externos, atendidos en los servicios de hospitalización del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, 2016

3.2.- Objetivos Específicos:

- A** ❖ Identificar las principales causas de insatisfacción de los usuarios externos atendidos en los servicios de hospitalización.
- S**
- I**
- S**
- 2** ❖ Priorizar problemas para establecer acciones y planes de mejora continua, que contribuirá a disminuir las brechas de insatisfacción.
- 0**
- 1**
- 7** ❖ Brindar información para la toma de decisiones y mejorar el nivel de satisfacción de los usuarios externos.

IV. METODOLOGÍA.

- ❖ Para la determinación del nivel de satisfacción de los usuarios externos se utilizó la **ENCUESTA SERVQUAL MODIFICADA**, instrumento construido para ser aplicado en el ámbito del MINSA, para medir la CALIDAD DE ATENCION EN LOS SERVICIOS DE SALUD; que busca interpretar la satisfacción de los Usuarios como la diferencia entre sus **Percepciones (P) y Expectativas (E)**.
- ❖ La concepción de la **calidad** de la metodología SERVQUAL, radica en las siguientes relaciones:
 1. A mayor expectativa y menor percepción, MALA ATENCION.
 2. A menor expectativa y mayor percepción, ATENCION DE EXCELENCIA.
 3. A igual nivel de expectativa y percepción, BUENA ATENCION.
- ❖ Esta modificación para servicios de salud, conserva el **enfoque sistémico** de las cinco dimensiones (distribuidos en 22 pares de variables o preguntas), se incorpora en el nuevo constructo la opinión de los usuarios externos; y se incorpora las principales actividades de los procesos de atención consulta externa, emergencia y hospitalización en los diferentes niveles de atención.

Estas modificaciones fueron validadas, garantizando la confiabilidad y la aplicabilidad en diferentes establecimientos de salud, considerando características psicométricas adecuadas que permiten su uso, estas características son:

- ◆ Su validez de contenido y constructo es adecuado.
- ◆ Muestra alta confiabilidad.
- ◆ Son fácilmente aplicables.
- ◆ Utiliza una escala de calificación de fácil comprensión.
- ◆ Utiliza un programa estadístico sencillo para el análisis de los datos.
- ◆ Ha demostrado facilidad en la interpretación de sus resultados para medir la satisfacción del usuario e identificar las causas más importantes de la insatisfacción.

4.1.- Instrumento de evaluación:

El instrumento de evaluación que se aplicó fue la encuesta SERVQUAL modificada. Las encuestas para cada servicio: consulta externa, emergencia y hospitalización, según categoría incluye en su estructura 22 preguntas de Expectativas y 22 preguntas de Percepciones, distribuidas en cinco criterios o dimensiones de valuación de calidad:

1. **Fiabilidad:** Capacidad de realizar el servicio prometido en forma cuidadosa y precisa. Se traducen en las preguntas del 1 al 5.
2. **Capacidad de Respuesta:** Disposición para ayudar a los usuarios y proveerles de un servicio rápido y oportuno, frente a una demanda con una respuesta de calidad y en un tiempo aceptable. Preguntas del 6 al 9.
3. **Seguridad:** Evalúa la confianza que genera la actitud del personal que brinda la prestación de salud demostrando, conocimiento, privacidad, cortesía, habilidad para transmitir credibilidad en la atención y con la inexistencia de peligros o dudas, transmitir confianza al usuario. Preguntas del 10 al 13.
4. **Empatía:** Es la capacidad que tiene una persona para ponerse en el lugar de otra persona y entender y atender adecuadamente la necesidad del otro. Atención individualizada al usuario. Preguntas del 14 al 18.
5. **Aspectos Tangibles:** Son los aspectos físicos que el usuario percibe de la institución. Están relacionados con las condiciones y la apariencia física de las instalaciones, equipos, personal y material de comunicación, limpieza y comodidad. Preguntas del 19 al 22.

4.2. Determinación del Tamaño de la Muestra.

**A
S
I
S
2
0
1
7**

- ❖ La Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo, considera que la muestra para los servicios de hospitalización, no requiere determinación del tamaño muestral; la muestra será asumida considerando el total de egresos para un periodo de dos meses.
- ❖ Consideración que permite contar con un personal exclusivo por aproximadamente dos meses, para cumplir este objetivo.
- ❖ Tomando esta premisa se aplicó la encuesta por servicios de la siguiente manera:

SERVICIOS DE HOSPITALIZACION		
1	MEDICINA	30
2	CIRUGIA	40
3	TRAUMATOLOGIA	30
4	PUERPERIO	30
5	GINECOLOGIA	50
6	PEDIATRIA	20
TOTAL MUESTRA		200

4.3.- Criterios que se exigieron para aplicar para la Encuesta.

- ❖ Criterios de Inclusión:
 - ✓ Usuario Externos a encuestar de ambos sexos, mayores de 18 años de edad que se encontraban hospitalizados en condiciones de alta médica.
 - ✓ Familiar u otra persona que acompaña al usuario externo en su proceso de atención.
 - ✓ Usuario externo que brinda su aprobación para ser encuestarlo.
- ❖ Criterios de Exclusión:
 - ✓ Acompañante menor de 18 años de edad.
 - ✓ Usuarios externos que presenten algún tipo de discapacidad que impida expresar opinión.
 - ✓ Usuario externo o familiar que no desee participar en el estudio.
 - ✓ Usuarios con trastornos mentales que no se encuentren acompañados por sus familiares.

4.4.- Procesamiento de los Datos

- ❖ Para la digitación de las encuestas se utilizó la herramienta informática (aplicativo en Excel), proporcionado por la Dirección de la Calidad del MINSA.
- ❖ La base de datos, estuvo sujeta a un control de calidad de acuerdo al servicio y categoría.
- ❖ Los reportes se obtuvieron según la herramienta informática (aplicativo en Excel).

- ❖ El análisis de los datos se expresa en porcentajes para cada evaluación de la calidad, considerando las dimensiones en el orden siguiente:
 - ◆ Fiabilidad.
 - ◆ Capacidad de respuesta.
 - ◆ Seguridad.
 - ◆ Empatía.
 - ◆ Aspectos tangibles.
- ❖ Para el análisis de los resultados se consideró como usuarios satisfechos a los valores positivos (+), y cero obtenidos de la diferencia entre las percepciones (P) y las expectativas (E), y como usuarios insatisfechos a los valores negativos (-) de la diferencia entre P – E.
- ❖ Así mismo se presenta reportes por variables de control, por dimensiones, por preguntas y finalmente se presenta un cuadro de mejoras por ranking, con la siguiente consideración: nivel de insatisfacción mayor de 60% por mejorar, entre 40% y 60% en proceso y menor de 40% aceptable.

4.5.- Descripción del Instrumento de Evaluación.

- ❖ El instrumento que se utilizó fue la encuesta SERVQUAL modificada, para su uso en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.
- ❖ La estructura de la encuesta, consta de tres partes, la primera parte estuvo dirigida a recabar información general del encuestado; el cuestionario consta de 44 ítems, la segunda parte del cuestionario cuenta con 22 ítems dirigidas a recabar información con respecto a las **expectativas**, donde el usuario evalúa la **importancia** que le otorga a la atención que espera recibir, utilizando una escala numérica del 1 al 7, considerándose a 1 como la de menor calificación y 7 como la mayor calificación. La tercera parte contiene 22 ítems, que buscan recabar información de la **percepción**, que se refiere como **ha recibido** la atención en el servicio, también se utilizó la escala de calificación numérica del 1 al 7.

4.6.- Selección y Capacitación de los Encuestadores.

- ❖ La aplicación de las encuestas, estuvo bajo responsabilidad del personal de la unidad de gestión de la calidad, profesional responsable del componente información para la calidad.
- ❖ La encuesta se aplicó durante el periodo del 10 de septiembre al 05 de diciembre del 2016. En todos los servicios de hospitalización, según se indica la estimación de personas encuestadas.

RESULTADOS DE LA EVALUACION

DATOS GENERALES DE LOS USUARIOS ENCUESTADOS

CUADRO Nº 01

CONDICION DEL ENCUESTADO

ENCUESTADO	FRECUENCIA	PORCENTAJE	
USUARIO	173	86%	
ACOMPañANTE	27	14%	
TOTAL	200	100%	
	PADRE	3	2%
ACOMPañANTE	MADRE	21	10%
	OTRO	3	2%
	TOTAL	27	14%

Fuente: Encuestas UGC: Set - Dic 2016.

El 86% de la información de esta evaluación fue proporcionado por el usuario que recibió la atención en los diferentes servicios de hospitalización de nuestro hospital; mientras que el 14% fue proporcionado por un acompañante: la Madre proporcionó la información en el 10%, el padre brindó la información solo en el 2%, otro acompañante brindó la información en un 2%.

CUADRO Nº 02

EDAD DEL ENCUESTADO

EDADES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
18 - 29	96	48%
30 - 39	48	24%
40 - 49	18	9%
50 - 59	16	8%
60 A 69	13	6%
70 A MAS	9	5%
TOTAL	200	100%

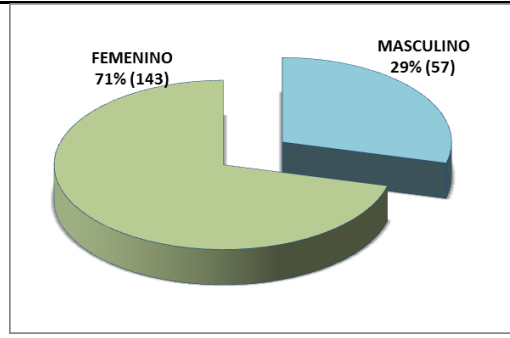
Fuente: Encuestas UGC: Set - Dic 2016.

Los encuestados que mayoritariamente participaron en esta evaluación para medir la satisfacción, fue proporcionada en el 48%, por usuarios cuyas edades fluctuaron entre los 18 a 29 años. En segundo lugar fue proporcionada por usuarios cuyas edades se encuentran entre los 30 a 39 años en un 24%. Mientras que el grupo de edades entre los 40 a 49 años nos brindó la información en el 9%, los usuarios con edades entre los 50 a 59 años brindo la información en un 8%. Y finalmente los usuarios con edades entre los 60 a más años nos proporcionaron información para esta evaluación en un 11%.

**A
S
I
S
2
0
1
7**

GRAFICO Nº 01

DISTRIBUCION DEL ENCUESTADO POR SEXO



Fuente: Encuestas UGC: Set - Dic 2016.

Del total de 200 usuarios encuestados, la distribución según sexo, se conformó de la siguiente manera, el 71% estuvo conformado por encuestados del sexo femenino y el 29% por el sexo masculino.

CUADRO Nº 03

GRADO DE INSTRUCCIÓN DEL ENCUESTADO

GRADO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NINGUNO	15	8%
PRIMARIA	34	17%
SECUNDARIA	95	47%
SUPERIOR	56	28%
TOTAL	200	100%

Fuente: Encuestas UGC: Set - Dic 2016.

El grado de instrucción del encuestado según condición o sea; usuario de los servicios de hospitalización o acompañante, estuvo distribuido de la siguiente manera: el 47% de los encuestados estuvo conformado por usuarios con grado de instrucción secundaria; el 28% refirió tener grado de instrucción superior; mientras que el 17% cuenta con primaria y finalmente un 8% señaló no tener ningún grado de instrucción.

CUADRO Nº 04

TIPO DE SEGURO POR EL CUAL SE ATENDIO

SEGURO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIS	183	91%
SOAT	5	3%
NINGUNO	3	1%
OTRO	9	5%
TOTAL	200	100%

Fuente: Encuestas UGC: Set - Dic 2016.

Del total de 200 usuarios encuestados que recibieron atención en los diferentes servicios de hospitalización de nuestra institución, el 91% de los mismos son beneficiarios del aseguramiento universal de salud AUS – Seguro Integral de salud; un 5% refirió tener otra condición de seguro; un 3% recibió atención a través del Seguro Obligatorio por Accidente de Tránsito (SOAT) y el 1 % señaló no contar con seguro.

CUADRO Nº 05

PORCENTAJE SEGÚN SERVICIO DE HOSPITALIZACION

SERVICIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MEDICINA	30	15%
CIRUGIA	40	20%
TRAUMATOLOGIA	30	15%
PUERPERIO	30	15%
GINECOLOGIA	50	25%
PEDIATRIA	20	10%
TOTAL	200	100%

Fuente: Encuestas UGC: Set - Dic 2016.

Este cuadro muestra el total de encuestados por servicios de hospitalización, el cálculo del número de encuestas a ser aplicadas estuvo en relación al número de pacientes hospitalizados en un periodo de dos meses. El mayor número de encuestas se aplicaron en los servicios correspondientes a: ginecología con el mayor porcentaje del 25%, cirugía en un 20%, con 15% los servicios de medicina, traumatología y puerperio; con menos porcentaje el servicio de pediatría con un 10%. Los servicios con mayor porcentaje de usuarios encuestados son los que cuentan con el mayor movimiento de pacientes hospitalizados.

CUADRO Nº 06

TIEMPO DE HOSPITALIZACION EN DIAS

DIAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
2 a 5	135	67%
6 a 10	43	22%
11 a 15	16	8%
16 a 25	6	3%
TOTAL	200	100%

Fuente: Encuestas UGC: Set - Dic 2016.

Los días de hospitalización de los pacientes encuestados fluctúan, entre 02 días, como mínimo y 25 días de hospitalización como máximo. Resultando los días de hospitalización del total de 200 usuarios encuestados, como promedio de 6 días.

El 67% de los encuestados tuvo de 2 a 5 días de hospitalización; un 22% entre 6 a 10 días; de 11 a 15 días un 8% y finalmente el 3% de los pacientes tuvieron como hospitalización entre 16 a 25 días.

A
S
I
S

2
0
1
7

PRESENTACION DE LOS RESULTADOS

CALIDAD DE ATENCION EN LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACION

POR DIMENSIONES

1.- DIMENSION: FIABILIDAD

Esta dimensión permite medir la capacidad de brindar un servicio completamente exitoso y preciso.

CUADRO Nº 07

Nº	PREGUNTAS	SERVICIOS DE HOSPITALIZACION y PORCENTAJES de SATISFACCION					
		MED	CIR	TRAUM	GINEC	PUERP	PED
P1	¿Durante su hospitalización recibió visita médica todos los días?	0%	0%	0%	0%	0%	0%
P2	¿Usted comprendió la explicación que el médico le brindó sobre la evolución de su problema de salud por el cual permaneció hospitalizado?	6.7%	0%	3.3%	0%	4.0%	0%
P3	¿Usted comprendió la explicación de los médicos sobre los medicamentos que recibió durante su hospitalización: beneficio y efectos adversos?	3.3%	0%	0%	0%	4%	0%
P4	¿Usted comprendió la explicación que los médicos le brindaron sobre los resultados de los análisis de laboratorio que realizaron?	3.3%	0%	3.3%	0%	0%	0.0%
P5	¿Al alta, usted comprendió la explicación que los médicos le brindaron sobre los medicamentos y los cuidados para su salud en casa?	0%	0%	0%	0%	0%	0%

Fuente: Encuestas UGC: Set - Dic 2016.

Los resultados presentados en el cuadro nos muestran la percepción que tienen los pacientes según servicio de hospitalización, con respecto a la dimensión FIABILIDAD, estas

preguntas permiten medir nuestra disposición como servicios de hospitalización al brindar la atención. Los niveles de satisfacción son demasiado bajísimo, con respecto a los años anteriores.

La primera pregunta se refiere a la percepción que tiene el usuario de la visita médica (P1) ningún servicio se encuentra satisfecho (todos los servicios 0%).

A la comprensión de la explicación que el médico le brindó, sobre su problema de salud (P2) el mayor nivel de satisfacción lo consigue el servicio de medicina con apenas un 6.7% y ginecología con el 4%. Traumatología alcanza un 3.3%.

Continuamos con el nivel de comprensión del usuario encuestado con respecto a la explicación que brindan los médicos sobre la medicación (P3), el servicio de ginecología alcanza un 4% de satisfacción y medicina un 3.3%.

Se continua interrogando sobre la comprensión con relación a la explicación que los médicos brindan sobre los resultados de análisis de laboratorio (P4), el mayor porcentaje de satisfacción lo alcanzan los servicios de medicina y traumatología ambas solamente con un 3.3%.

Finalmente, también se evalúa la explicación que los médicos brindaron al paciente en el alta y las respectivas indicaciones (P5), todos los servicios de hospitalización alcanzaron el 100% de insatisfacción.

**A
S
I
S

2
0
1
7**

2.- DIMENSION: CAPACIDAD DE RESPUESTA

Esta dimensión, busca medir la disposición de servir a los usuarios y proveerles un servicio rápido y oportuno frente a una demanda, con una respuesta de calidad y un tiempo aceptable.

CUADRO Nº 08

Nº	PREGUNTAS	SERVICIOS DE HOSPITALIZACION y PORCENTAJES de SATISFACCION					
		MED	CIR	TRAUM	GIN	PUERP	PED
P6	¿Los trámites para su hospitalización fueron rápidos?	0.0%	0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
P7	¿Los análisis de laboratorio solicitados por los médicos se realizaron rápido?	6.7%	0%	6.7%	4%	0.0%	0.0%
P8	¿Los exámenes radiológicos (rayos X, ecografías, tomografías, otros) se realizaron rápido?	9.1%	0.0%	13.3%	4.8%	0%	0.0%
P9	¿Los trámites para el alta fueron rápidos?	0.0%	0.0%	3.3%	0%	0%	0%

Fuente: Encuestas UGC: Set - Dic 2016.

La dimensión capacidad de respuesta nos permite conocer el nivel de eficiencia de los servicios de apoyo para el proceso de atención a los pacientes en los diferentes servicios de hospitalización, los resultados de satisfacción son muy bajos.

Con respecto a la pregunta (P6), a cerca de la percepción del usuario con respecto a la prontitud de los trámites para la hospitalización, el nivel de insatisfacción es del 100%.

Ante la pregunta si los análisis de laboratorio se realizaron rápido (P7), los servicios que obtienen el mayor porcentaje de satisfacción son medicina y traumatología con un 6.7%, ginecología obtuvo un 4% de satisfacción.

Con respecto a la realización rápida de los exámenes radiológicos, ecográfico o tomografías dependiendo del servicio, traumatología obtuvo 13.3%, medicina 9.1% y ginecología 4.8%, de satisfacción.

El nivel de satisfacción con los tramites de alta, con respecto a la rapidez (P9), solamente el servicio de traumatología alcanza un muy bajo 3.3%, con respecto a los demás servicios, que obtuvieron cifras del 0%.

3.- DIMENSION: SEGURIDAD

Esta dimensión evalúa la confianza que genera la actitud del personal que brinda la prestación de salud demostrando conocimiento, privacidad, cortesía, habilidad para comunicarse e inspirar confianza, está conformada por las siguientes interrogantes.

CUADRO Nº 09

Nº	PREGUNTAS	SERVICIOS DE HOSPITALIZACION y PORCENTAJES de SATISFACCION					
		MED	CIR	TRAUM	GIN	PUERP	PED
P10	¿Los médicos mostraron interés para mejorar o solucionar su problema de salud?	10%	3%	13.3%	0%	0%	5%
P11	¿Los alimentos le entregaron a temperatura adecuada de manera higiénica?	0%	0%	10%	0%	6.7%	0%
P12	¿Se mejoró o resolvió el problema de salud por el cual se hospitalizó?	7%	0%	6.7%	2%	3.3%	5%
P13	¿Durante su hospitalización se respetó su privacidad?	3.3%	0%	3.3%	2%	0%	0%

Fuente: Encuestas UGC: Set - Dic 2016.

La dimensión seguridad, se expresa en la capacidad de transmitir confianza en la atención a los usuarios. Los niveles de satisfacción están por muy debajo del estándar que sería superar el 75% de nivel de satisfacción. Las respuestas que tenemos por preguntas se resumen en:

Se le preguntó al usuario, si los médicos mostraron interés para mejorar o solucionar su problema de salud (P10), dos son los servicios que alcanzan el mayor porcentaje de satisfacción: traumatología con un 13.3% y medicina con el 10%.

También se les interrogó, si los alimentos fueron entregados a temperatura adecuada e higiénica (P11), esta atención alcanzó el mayor porcentaje de satisfacción, en el servicio de traumatología con un 10% y puerperio con un 6.7%.

Ante la pregunta si se mejoró o resolvió su problema de salud por el cual fue hospitalizado (P12) el servicio que alcanza el mayor porcentaje de satisfacción es medicina con un 7%, seguido por traumatología con el 6.7%, pediatría 5%.

También en esta dimensión se considera un aspecto muy importante que es el respeto a la privacidad del paciente (P13) que se encuentra considerado dentro del Reglamento de la Ley

Nº 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarías de los Servicios de Salud, (artículo 19: Derecho al respeto de su dignidad e intimidad), el nivel de satisfacción alcanzado es solamente del 3.3%, en los servicios de medicina y traumatología, ginecología obtuvo un 2%.

4.- DIMENSION: EMPATIA

Esta dimensión contempla la capacidad que tiene una persona para ponerse en el lugar de otra persona y entender y atender adecuadamente las necesidades del otro, atención individualizada al usuario. Las interrogantes son:

**A
S
I
S

2
0
1
7**

CUADRO Nº 10

Nº	PREGUNTAS	SERVICIOS DE HOSPITALIZACION y PORCENTAJES de SATISFACCION					
		MED	CIR	TRAUM	GIN	PUERP	PED
P14	¿El trato del personal de obstetricia/enfermería fue amable, respetuoso y con paciencia?	13.3%	5%	23.3%	6%	0%	0%
P15	¿El trato de los médicos fue amable, respetuoso y con paciencia?	17%	5%	13.3%	4%	3.3%	0%
P16	¿El trato del personal de nutrición fue amable, respetuoso y con paciencia?	3.3%	2.5%	10%	2%	0%	0%
P17	¿El trato del personal encargado de los trámites de admisión o alta fue amable, respetuoso y con paciencia?	0%	2.5%	3.3%	2%	0%	0%
P18	¿El personal de enfermería/obstetricia, mostró interés en solucionar cualquier problema durante su hospitalización?	10%	5%	10%	2%	0%	0%

Fuente: Encuestas UGC: Set - Dic 2016.

Esta dimensión, incluye aspectos relacionados al trato que brinda el personal de salud al usuario considerando conductas como la amabilidad, el respeto y la paciencia.

Con respecto al trato si fue amable, respetuoso y con paciencia brindado por el personal de enfermería y obstetricia según servicio (P14), el mayor porcentaje de satisfacción fue alcanzado por el servicio de traumatología con un 23.3%, seguido de medicina con 13.3%, ginecología con 6% y cirugía con un 5%.

El trato que brindó el médico (P15), el mayor porcentaje de satisfacción obtuvieron los servicios de medicina con 17%, traumatología 13.3% y cirugía con el 5%.

El personal de nutrición que mostró amabilidad, respeto (P16), alcanzó mayor porcentaje de satisfacción en los servicios de traumatología con 10%, medicina con 3.3% y cirugía con 2.5%.

Así mismo se preguntó con respecto al trato que brindó el personal encargado de los trámites de admisión o alta (P17), en los servicios que se alcanza el mayor porcentaje de satisfacción son traumatología con 3.3%, cirugía con 2.5% y ginecología con 2%.

Finalmente la pregunta (P18), busca conocer la respuesta de los encuestados con respecto a si el personal de enfermería u obstetricia, mostró interés por solucionar cualquier

problema durante la hospitalización, el servicio de medicina y traumatología consiguieron un 10% de satisfacción respectivamente, cirugía con 5% y ginecología con 2%.

5.- DIMENSION: ASPECTOS TANGIBLES

Esta dimensión evalúa los aspectos físicos que el usuario percibe de la institución, están relacionadas con las condiciones y apariencia física de las instalaciones, equipos, personal, material de comunicación, limpieza y comodidad. Comprende las siguientes interrogantes:

CUADRO Nº 11

Nº	PREGUNTAS	SERVICIOS DE HOSPITALIZACION y PORCENTAJES de SATISFACCION					
		MED	CIR	TRAUM	GIN	PUERP	PED
P19	¿Los ambientes del servicio fueron cómodos y limpios?	3.3%	0%	3.3%	2%	0%	0%
P20	¿Los servicios higiénicos para los pacientes estuvieron limpios?	0%	0%	0%	2%	0%	0%
P21	¿Los equipos estuvieron disponibles y se contó con materiales necesarios para su atención?	3.3%	0%	3%	4%	0%	0%
P22	¿La ropa de cama, colchón y frazadas fueron adecuados?	6.7%	0%	3%	2%	0%	0%

Fuente: Encuestas UGC: Set - Dic 2016.

Los servicios que ofertamos a nuestros usuarios también consideran estos aspectos tangibles de fundamental importancia para el proceso de atención al paciente hospitalizado, se encontraron las siguientes respuestas:

Se les preguntó si los ambientes del servicio fueron cómodos y limpios (P19), de los seis servicios de hospitalización, medicina y traumatología obtuvieron el mayor nivel de satisfacción con solamente un 3.3%, ginecología 2%.

Así mismo se preguntó acerca de la limpieza de los servicios higiénicos (P20), el servicio de ginecología es el único servicio que obtuvo 2% de satisfacción.

También se les pregunto sobre la disponibilidad de equipos e insumos para su atención (P21), el servicio de ginecología obtuvo un 4% de satisfacción, medicina con 3.3% y traumatología con 3%.

Finalmente en la (P22), se busca conocer la opinión de los pacientes con respecto a la ropa de cama, colchón, frazadas si fueron adecuadas, el servicio que alcanza el mayor porcentaje de satisfacción es medicina con un 6.7%, traumatología con 3% y ginecología con 2%.

CUADRO Nº 12

Nº	DIMENSIONES	SERVICIOS DE HOSPITALIZACION y PORCENTAJES de SATISFACCION						PROMEDIO SATISFACCION
		MED	CIR	TRAUM	GIN	PUERP	PED	
1	FIABILIDAD	2.7%	0%	1.3%	1.6%	0%	0%	1%
2	CAPACIDAD DE RESPUESTA	3.6%	0%	5.8%	2.1%	0%	0%	2%
3	SEGURIDAD	5%	0.6%	8.3%	1%	2.5%	2.5%	3%
4	EMPATIA	8.7%	4%	12%	3.2%	0.7%	0%	4.8%
5	ASPECTOS TANGIBLES	3.3%	0%	2.5%	2.5%	0%	0%	1.4%
TOTAL DIMENSIONES		4.8%	1%	6.1%	2.1%	0.6%	0.5%	2.5%

Fuente: Encuestas UGC: Set - Dic 2016.

**A
S
I
S
2
0
1
7**

Los resultados que se presentan en este cuadro, es la evaluación de satisfacción alcanzado por dimensiones, correspondiente a 200 encuestados siendo su condición de paciente o acompañante, de los diferentes servicios de hospitalización de nuestra institución.

Los valores de satisfacción, resultado de la evaluación son muy bajísimos con respecto al estándar de satisfacción que es del 75%.

En la dimensión fiabilidad el servicio de medicina obtuvo un 2.7% de satisfacción, ginecología apenas un 1.6% y traumatología un 1.3%.

Mientras que el servicio de traumatología alcanza el mayor porcentaje de satisfacción en la dimensión capacidad de respuesta con el 5.8%, seguido de medicina con 3.6% y ginecología con 2.1%.

La dimensión seguridad, alcanza el mayor porcentaje de satisfacción en el servicio de traumatología con 8.3%, medicina con 5%, puerperio y pediatría obtuvieron cada uno 2.5%, ginecología 1%.

Con respecto a la dimensión empatía el servicio que cuenta con el mayor porcentaje de satisfacción es traumatología con el 12%, medicina con 8.7%, cirugía con 4% y ginecología con 3.2%.

Finalmente la dimensión aspectos tangibles, se alcanza el mayor porcentaje de satisfacción en el servicio de medicina con 3.3%, con 2.5% los servicios de traumatología y ginecología.

En promedio según las cinco dimensiones el servicio que alcanza el mayor porcentaje de satisfacción es el servicio de traumatología con un 6.1%, medicina obtuvo un 4.8%, ginecología 2.1%, cirugía con 1%, puerperio 0.6% y pediatría con 0.5%.

Y el promedio de satisfacción por dimensión es demasiado bajo: la dimensión fiabilidad alcanza solamente el 1% de satisfacción, capacidad de respuesta 2%, seguridad 3%, empatía la única que llega a obtener 4.8%, aspectos tangibles 1.4%.

Los promedios por dimensión son muy bajos: la dimensión fiabilidad solo obtuvo 1% de satisfacción, aspectos tangibles 1.5%, capacidad de respuesta 2%, seguridad 3%, la dimensión empatía destaca con el 4.8% de satisfacción.

CUADRO Nº 13

PORCENTAJE DE INSATISFACION EN LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACION

POR PREGUNTAS

“Análisis de la Situación de Salud – Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega”
Unidad de Epidemiología-OESASO

N°	CLAVE	PREGUNTAS	INSATISFECHO (-)	INSATISFECHO (-)
			%/ 2016	%/ 2015
1	P1	¿Durante su hospitalización recibió visita médica todos los días?	100%	82%
2	P5	¿Al alta, usted comprendió la explicación que los médicos le brindaron sobre los medicamentos y los cuidados para su salud en casa?	100%	92.7%
3	P6	¿Los trámites para su hospitalización fueron rápidos?	100%	86.5%
4	P9	¿Los trámites para el alta fueron rápidos?	99.5%	92.7%
5	P20	¿Los servicios higiénicos para los pacientes estuvieron limpios?	99.5%	78.4%
6	P4	¿Usted comprendió la explicación que los médicos le brindaron sobre los resultados de los análisis de laboratorio que realizaron?	99%	94.7%
7	P3	¿Usted comprendió la explicación de los médicos sobre los medicamentos que recibió durante su hospitalización: beneficio y efectos adversos?	98.5%	93.8%
8	P13	¿Durante su hospitalización se respetó su privacidad?	98.5%	83%
9	P17	¿El trato del personal encargado de los trámites de admisión o alta fue amable, respetuoso y con paciencia?	98.5%	79.8%
10	P19	¿Los ambientes del servicio fueron cómodos y limpios?	98.5%	75%
11	P21	¿Los equipos estuvieron disponibles y se contó con materiales necesarios para su atención?	98%	74.8%
12	P22	¿La ropa de cama, colchón y frazadas fueron adecuados?	98%	78.2%
13	P2	¿Usted comprendió la explicación que el médico le brindó sobre la evolución de su problema de salud por el cual permaneció hospitalizado?	97.5%	89.9%
14	P11	¿Los alimentos le entregaron a temperatura adecuada de manera higiénica?	97.5%	80%
15	P7	¿Los análisis de laboratorio solicitados por los médicos se realizaron rápido?	97%	80%
16	P16	¿El trato del personal de nutrición fue amable, respetuoso y con paciencia?	97%	75.5%
17	P12	¿Se mejoró o resolvió el problema de salud por el cual se hospitalizó?	96.5%	81.2%
18	P18	¿El personal de enfermería/obstetricia, mostró interés en solucionar cualquier problema durante su hospitalización?	95.50%	74.3%
19	P10	¿Los médicos mostraron interés para mejorar o solucionar su problema de salud?	95.5%	79.8%
20	P8	¿Los exámenes radiológicos (rayos X, ecografías, tomografías, otros) se realizaron rápido?	95.27%	69.8%
21	P15	¿El trato de los médicos fue amable, respetuoso y con paciencia?	93%	75.5%
22	P14	¿El trato del personal de obstetricia/enfermería fue amable, respetuoso y con paciencia?	92%	72.7%
TOTAL GENERAL INSATISFACCION			97.51%	81.5%

Fuente: Encuestas UGC: Set - Dic 2016.

Los resultados aquí presentados, nos muestra el nivel de insatisfacción, a través de un cuadro de MATRIZ DE MEJORA, según el Aplicativo SERVQUAL MODIFICADO, en la que se ordenan los resultados de la encuesta por preguntas, del mayor porcentaje de insatisfacción al menor.

La matriz de mejora facilita la priorización de acuerdo a los resultados, los procesos de mejora en un establecimiento de salud. Los valores indicativos de priorización se clasifican de la siguiente manera: resultados mayor a 60% de insatisfacción indica por mejorar, resultados entre 40% y 60% de insatisfacción en proceso; resultados menores a 40% de insatisfacción aceptable.

Según los resultados presentados en este cuadro los niveles de insatisfacción que hemos alcanzado son muy elevados, se encuentran por encima del 92%.

Los porcentajes que se presentan en este cuadro del total de las 22 preguntas (resulta de la diferencia entre las expectativas y percepciones).

Los aspectos que encuentran **mayor insatisfacción**, según las preguntas son las que están relacionadas a la percepción que tiene el paciente con respecto a la visita médica, el 100% de encuestados estuvo insatisfecho. Similar porcentaje obtuvo la pregunta a cerca de la comprensión del paciente con respecto a la explicación del médico, al momento del alta sobre los medicamentos y los cuidados para su salud en casa.

Así como la valoración de la rapidez de los trámites para su hospitalización también obtuvo un 100% de insatisfacción.

La rapidez de los trámites para el alta, alcanzó un 99.5% de insatisfacción, igual cifra obtuvo la pregunta con respecto a la limpieza de los servicios higiénicos.

El 99% de los encuestados insatisfechos con relación al nivel de comprensión de la explicación que el médico brindó sobre los resultados de los análisis de laboratorio que le realizaron. También se le pregunto si entendió la explicación que los médicos le brindaron sobre los medicamentos que recibió durante su hospitalización, beneficio y efectos adversos, el 98.5% se encontraron insatisfechos.

La pregunta relacionada con el respeto de su privacidad, el trato que recibió por parte del personal encargado de los tramites de admisión y alta, si los ambientes de hospitalización fueron cómodos, alcanzaron cada pregunta un 98.5% de insatisfacción.

En forma general las 22 preguntas que tiene relación directa con el proceso de atención en los diferentes servicios de hospitalización solamente alcanza un nivel de satisfacción del 2.49% y como insatisfacción un elevadísimo 97.51%.

Y finalmente al realizar una comparación entre lo alcanzado este año 2016 y la evaluación de la satisfacción del año 2015, la tendencia de insatisfacción se incrementó en todas las preguntas en un rango del 4% al 25%.

Pero en preguntas con respecto a la comprensión de la explicación del médico sobre el tratamiento durante su hospitalización, los resultados de los estudios complementarios y las indicaciones para el alta, no fue tan significativa. El nivel de insatisfacción continúa muy elevado.

PRESENTACION DE RESULTADOS DESDE LA PERCEPCION DEL USUARIO ENCUESTADO, UTILIZANDO CALIFICACION SEGÚN ESCALA NUMERICA.

La metodología SERVQUAL MODIFICADA, fundamenta considerar como usuarios satisfechos a los valores positivos (+), que serán obtenidos por la diferencia entre las percepciones (P) y las expectativas (E), y como usuarios insatisfechos a los valores negativos (-) de la diferencia P-E.

La calificación tanto de las expectativas como de las percepciones, por parte del usuario encuestado se realiza a través de la escala numérica del 1 al 7, donde se considera 1 como el de menor calificación y 7 como el de mayor calificación.

O sea si la percepción del encuestado es 5 con respecto a la visita médica y su expectativa es 7, realizando la diferencia el resultado es -2, en consecuencia es un usuario insatisfecho.

Los resultados de la encuesta aplicada en los servicios de hospitalización, aplicando la metodología SERVQUAL MODIFICADA, según la Guía Técnica, nos muestran un 97.51% de usuarios insatisfechos, cifra muy elevada

En consecuencia nos permitimos presentar los resultados tomando en consideración la escala numérica del 1 al 7, solamente con respecto a la **percepción**, o sea como **ha recibido** la atención en usuario en los servicios de hospitalización.

La presentación de los resultados también se realiza por preguntas, dimensiones y por servicios, para mejor valoración de los resultados, se presentaran los promedios, no se realizará el respectivo redondeo en caso el resultado obtenga cifra con decimales.

CUADRO N° 14: DIMENSION FIABILIDAD

Nº	PREGUNTAS	PERCEPCION DEL ENCUESTADO SEGÚN ESCALA NUMERICA					
		MED	CIR	TRAUM	GINEC	PUERP	PED
P1	¿Durante su hospitalización recibió visita médica todos los días?	5.2	5.1	5.2	5.2	5	5.1
P2	¿Usted comprendió la explicación que el médico le brindó sobre la evolución de su problema de salud por el cual permaneció hospitalizado?	4	4.1	4.3	4.5	4.2	4.7
P3	¿Usted comprendió la explicación de los médicos sobre los medicamentos que recibió durante su hospitalización: beneficio y efectos adversos?	2.8	2.8	3.6	3.8	3.2	3.2
P4	¿Usted comprendió la explicación que los médicos le brindaron sobre los resultados de los análisis de laboratorio que realizaron?	2.2	2.6	3.1	2.9	3.2	3.2
P5	¿Al alta, usted comprendió la explicación que los médicos le brindaron sobre los medicamentos y los cuidados para su salud en casa?	2.9	1.8	3.7	3.4	3.6	3.7
PROMEDIO SEGÚN DIMENSION		3	3.3	4	4	3.8	4

Fuente: Encuestas UGC: Set - Dic 2016.

Según la evaluación aplicando la escala numérica del 1 al 7, considerando como mínima calificación el 1, contamos con respuestas, cercanas al 1, con cifras de 1.8; 2.2; 2.8; 3.1; 3.2; 3.8; con respecto a las preguntas relacionadas con el nivel de comprensión del usuario encuestado con respecto a la explicación del médico sobre: el tratamiento que recibió durante su hospitalización los beneficios y efectos adversos, los resultados de los análisis de laboratorio que le realizaron, las indicaciones al alta sobre los medicamentos y los cuidados para su salud en su casa. Los servicios de medicina, cirugía y puerperio alcanzan calificación cercana al 1, entre 3; 3.3; y 3.8 respectivamente y calificación cercana al 7, los servicios de traumatología, ginecología y pediatría, cada uno con calificación de 4.

CUADRO Nº 15: DIMENSION CAPACIDAD DE RESPUESTA

Nº	PREGUNTAS	PERCEPCION DEL ENCUESTADO SEGÚN ESCALA NUMERICA					
		MED	CIR	TRAUM	GIN	PUERP	PED
P6	¿Los trámites para su hospitalización fueron rápidos?	4.4	4.8	4.3	4.8	4.8	4.5
P7	¿Los análisis de laboratorio solicitados por los médicos se realizaron rápido?	4.8	4.9	4.9	5.0	5.2	5.2
P8	¿Los exámenes radiológicos (rayos X, ecografías, tomografías, otros) se realizaron rápido?	5.0	5.0	5.2	5.2	5.4	4.9
P9	¿Los trámites para el alta fueron rápidos?	4.5	4.2	4.6	4.4	4.5	4.2
PROMEDIO SEGÚN DIMENSION		4.7	4.7	4.8	4.9	5	4.7

Fuente: Encuestas UGC: Set - Dic 2016.

Los resultados en esta dimensión presentan calificaciones aceptables cercanos al 7, en aspectos como la rapidez para hospitalización se alcanzaron resultados entre el 4.3 (traumatología) y 4.8 los servicios de cirugía, ginecología y puerperio.

La rapidez de los análisis de laboratorio, los seis servicios obtuvieron resultados por encima de 4.8 y 5.2. Con respecto a la rapidez de los exámenes radiológicos también se alcanzaron puntuaciones elevadas entre 5 hasta 5.4.

El trámite del alta obtiene calificación entre 4.2 y 4.6, con relación a la rapidez.

En promedio con respecto a esta dimensión el servicio que alcanza el mayor calificación es puerperio con 5 y obtienen la menor calificación: medicina, cirugía y pediatría, con 4.7.

CUADRO Nº 16: DIMENSION SEGURIDAD

Nº	PREGUNTAS	PERCEPCION DEL ENCUESTADO SEGÚN ESCALA NUMERICA					
		MED	CIR	TRAUM	GIN	PUERP	PED
P10	¿Los médicos mostraron interés para mejorar o solucionar su problema de salud?	4.8	4.8	4.9	4.9	5	4.9
P11	¿Los alimentos le entregaron a temperatura adecuada de manera higiénica?	4.8	4.8	5	4.7	5	4.6
P12	¿Se mejoró o resolvió el problema de salud por el cual se hospitalizó?	4.9	4.8	5	5.2	5	5.3
P13	¿Durante su hospitalización se respetó su privacidad?	5	4.6	5.1	4.3	4.3	5
PROMEDIO SEGÚN DIMENSION		4.9	4.8	5	4.8	4.8	4.9

Fuente: Encuestas UGC: Set - Dic 2016.

La dimensión seguridad, con respecto a la percepción de la atención recibida alcanzó la siguiente calificación: según promedio por dimensión el servicio que alcanza la mayor puntuación es traumatología con 5, los servicios de medicina y pediatría obtuvieron 4.9, cirugía, ginecología y puerperio 4.8.

En forma general la menor calificación fue de 4.3, obtenidas en la pregunta concerniente al respeto de la privacidad del paciente durante la hospitalización en los servicios de ginecología y puerperio.

CUADRO Nº 17: DIMENSION EMPATIA

Nº	PREGUNTAS	PERCEPCION DEL ENCUESTADO SEGÚN ESCALA NUMERICA					
		MED	CIR	TRAUM	GIN	PUERP	PED
P14	¿El trato del personal de obstetricia/enfermería fue amable, respetuoso y con paciencia?	5	4.8	5.5	5	4.9	5.2
P15	¿El trato de los médicos fue amable, respetuoso y con paciencia?	5.3	4.9	5.3	5.2	5.1	5.1
P16	¿El trato del personal de nutrición fue amable, respetuoso y con paciencia?	5	5	5.2	4.9	4.9	4.9
P17	¿El trato del personal encargado de los trámites de admisión o alta fue amable, respetuoso y con paciencia?	4.7	4.8	4.7	4.8	4.9	4.9
P18	¿El personal de enfermería/obstetricia, mostró interés en solucionar cualquier problema durante su hospitalización?	4.9	4.8	5.2	4.9	4.9	5.1
PROMEDIO SEGÚN DIMENSION		4.9	4.8	5.2	4.9	4.9	5

Fuente: Encuestas UGC: Set - Dic 2016.

En esta dimensión la calificación obtenida según las 5 preguntas relacionadas con el trato e interés que brindó el personal de salud a los pacientes hospitalizados y por servicios, se obtuvieron puntuaciones entre 4.7 como mínimo y 5.5 como calificación mayor.

El servicio de traumatología obtuvo la mayor calificación de 5.5, con respecto a la pregunta que hace referencia al trato del personal de enfermería. La pregunta que obtuvo la calificación mínima está relacionada con el trato que brindó el personal encargado de los trámites de admisión o alta, y fueron los servicios de medicina y traumatología quienes obtuvieron la puntuación de 4.7 respectivamente.

Según dimensión el servicio de traumatología obtuvo la mayor calificación con 5.2 y cirugía con la calificación mínima de 4.8.

CUADRO N° 18: DIMENSION ASPECTOS TANGIBLES

N°	PREGUNTAS	PERCEPCION DEL ENCUESTADO SEGÚN ESCALA NUMERICA					
		MED	CIR	TRAUM	GIN	PUERP	PED
P19	¿Los ambientes del servicio fueron cómodos y limpios?	5	4.9	5.1	5	4.9	5.2
P20	¿Los servicios higiénicos para los pacientes estuvieron limpios?	4.7	4.7	4.8	4.6	4.6	4.9
P21	¿Los equipos estuvieron disponibles y se contó con materiales necesarios para su atención?	4.9	4.9	5	5	5	4.9
P22	¿La ropa de cama, colchón y frazadas fueron adecuados?	4.8	4.8	5.1	4.7	4.8	4.7
PROMEDIO SEGÚN DIMENSION		4.9	4.8	5	4.8	4.8	4.9

Fuente: Encuestas UGC: Set - Dic 2016.

En este cuadro se resume el nivel de percepción de los encuestados con respecto a la planta física: ambientes hospitalarios, equipos biomédicos y demás insumos, en promedio la calificación que se alcanzó fluctúa entre 4.6 como mínimo y un máximo de 5.1.

El servicio de traumatología obtuvo las calificaciones más altas en las preguntas que hacen mención a la comodidad y limpieza de los ambientes, así como la ropa de cama adecuada, con 5.1. La pregunta que alcanzó la mínima calificación se refiere a la limpieza de los servicios higiénicos para los pacientes, con 4.6, que lo obtuvieron los servicios de ginecología y puerperio.

Según dimensión el servicio de traumatología obtuvo la mayor calificación con 5 y cirugía, ginecología y puerperio con 4.8, como calificación promedio mínima.

CUADRO N° 19

PERCEPCION POR DIMENSIONES

A
S
I
S

2
0
1
7

Nº	DIMENSIONES	PERCEPCION DEL ENCUESTADO SEGÚN ESCALA NUMERICA						PROMEDIO
		MED	CIR	TRAUM	GIN	PUERP	PED	
1	FIABILIDAD	3	3.3	4	4	3.8	4	3.7
2	CAPACIDAD DE RESPUESTA	4.7	4.7	4.8	4.9	5	4.7	4.8
3	SEGURIDAD	4.9	4.8	5	4.8	4.8	4.9	4.9
4	EMPATIA	4.9	4.8	5.2	4.9	4.9	5	5.0
5	ASPECTOS TANGIBLES	4.9	4.8	5	4.8	4.8	4.9	4.9
TOTAL DIMENSIONES		4.5	4.5	4.8	4.7	4.7	4.7	4.6

Fuente: Encuestas UGC: Set - Dic 2016.

La calificación alcanzada por dimensiones y promedio resultó de la siguiente manera: la dimensión empatía alcanzó la mayor calificación con 5.2, lo obtuvo el servicio de traumatología y pediatría con 5. También se alcanzó calificaciones de 5, en la dimensión de seguridad y aspectos tangibles, lo obtuvo el servicio de traumatología.

Las calificaciones más bajas se alcanzó en la dimensión fiabilidad, el servicio de medicina obtuvo 3, cirugía 3.3, puerperio 3.8, traumatología y pediatría con 4 cada uno.

Según las 5 dimensiones el servicio de traumatología logro la calificación mayor con 4.8, seguida de ginecología, puerperio y pediatría con 4.7 y medicina y cirugía alcanzaron la calificación de 4.5 respectivamente, como la más baja.

La calificación promedio por dimensión se presentó de la siguiente manera: la dimensión que obtuvo la menor calificación es la dimensión fiabilidad: 3.7.

La dimensión empatía alcanza calificación de 5, seguridad y aspectos tangibles 4.9 y capacidad de respuesta 4.8. Un promedio general que se obtuvo es la calificación de **4.6**.

.CONCLUSIONES

La información general con respecto a los usuarios de los seis servicios de hospitalización encuestados es el siguiente:

1. Se encuestó a un total de 200 usuarios, de los servicios de hospitalización: medicina, cirugía, traumatología, ginecología, puerperio y pediatría.
2. El 86% de la información fue proporcionada por el mismo paciente hospitalizado, el 14% lo proporciono un acompañante: la madre en un 10%.
3. Las edades de los encuestados fluctuaron entre los 18 a 29 años en el 48%, de 30 a 39 años en el 24%. El 71% de los encuestados corresponde al sexo femenino.
4. De 200 encuestados el 47% tiene grado de instrucción secundaria, un 28% tiene grado de instrucción superior, solo un 17% refirió tener primaria.
5. La atención de los usuarios hospitalizados es asumida por el aseguramiento universal de salud – seguro integral de salud en el 91%.
6. Los servicios que tienen la mayor rotación de pacientes correspondió a los servicios de ginecología con el 25% y cirugía 20%, los servicios de medicina, traumatología, puerperio con el 15% y pediatría con el 10%.
7. Con respecto al tiempo de hospitalización, en promedio se tiene 6 días de hospitalización. El 67% de los encuestados estuvo hospitalizado entre 02 a 05 días, entre 6 a 10 días un 22%. 11 a 15 días un 8% y 16 a 25 días el 3%.
8. La estructura de la encuesta, no considera aspectos importantes como el lugar de procedencia, la condición de referencia del paciente de otro establecimiento de salud.

Con respecto a los resultados de la evaluación de la satisfacción, según dimensiones en los servicios de hospitalización, se concluye en los siguientes resultados:

1. La dimensión de **fiabilidad**, alcanzó los porcentajes más elevados de insatisfacción, los porcentajes de satisfacción en los seis servicios es muy bajo, se obtuvo porcentajes del

6.7% y 4% en preguntas con respecto al nivel de comprensión por parte del usuario a la explicación que el medico brindó, sobre la evolución de su problema de salud, en los servicios de medicina y puerperio respectivamente. El resto de las preguntas se encuentra en el rango del 0% al 3.3% de satisfacción. Como dimensión se alcanzó apenas el 1% de satisfacción.

2. **Capacidad de Respuesta**, en esta dimensión se busca medir como percibe el usuario la disposición de los servicios complementarios que ofertamos, el nivel de satisfacción a nivel de dimensión es apenas del 2%. La rapidez de los exámenes de rayos X, ecografía y otros relacionados, alcanzaron el mayor porcentaje de satisfacción con un 13.3% (traumatología) y medicina con 9.1%. estos mismos servicios alcanzaron 6.7% de satisfacción con respecto a la rapidez de los análisis de laboratorio.
3. En relación a la dimensión **seguridad**, se busca conocer la opinión del usuario, referente a la credibilidad y confianza que muestra el personal de salud. En forma global continuamos con bajos niveles de satisfacción se obtuvo un 3% como dimensión. El interés que muestra el médico para solucionar su problema de salud destaca con un 13.3% de satisfacción en el servicio de traumatología y 10% en el servicio de medicina. Un 10% de encuestados del servicio de traumatología se encuentran satisfechos con la entrega de los alimentos a una temperatura adecuada e higiénica.
4. Dentro de la dimensión **empatía**, se incluye preguntas relacionadas al trato que brinda el personal de salud. Entre todas las dimensiones es la que alcanza el mayor porcentaje de satisfacción obteniendo un 4.8%. Destacan dos servicios con los mayores porcentajes de satisfacción, traumatología alcanzó un 23.3%, en la pregunta que hace referencia al trato que brindó el personal de enfermería; el servicio de medicina obtuvo un 17%, con respecto al trato del personal médico.
5. Finalmente la dimensión **aspectos tangibles**, que considera aspectos como, apariencia de las instalaciones físicas, equipos, insumos para la atención. En promedio es también la dimensión que obtuvo uno de los porcentajes de satisfacción demasiado bajos, alcanzando solo el 1.4%. El servicio de medicina es el único que obtiene un 6.7% de satisfacción, cuando se preguntó a los encuestados si la ropa de cama, colchón y frazadas fueron adecuados.
6. En conclusión los servicios de hospitalización de nuestra institución solamente alcanzaron un **2.5% de satisfacción** y un elevadísimo **97.5% de insatisfacción**. En el cuadro matriz de mejora, los porcentajes de insatisfacción son del orden del 100%, en preguntas como: la visita médica, la comprensión de la explicación que brinda el medico al alta del paciente y los trámites para su hospitalización.
7. La evaluación de la satisfacción de los usuarios encuestados a través de la metodología SERVQUAL MODIFICADA, nos presentó porcentajes de satisfacción demasiado bajísimos; condición que nos permite presentar los resultados solamente desde la percepción de los encuestados, a través de la escala numérica y promedio de la misma, considerando 1 como calificación mínima y 7 como la de mayor calificación.
 - a. La dimensión fiabilidad obtuvo una calificación promedio de 3.7, los servicios que obtienen calificación de 4 fueron traumatología, ginecología y pediatría.
 - b. La dimensión capacidad de respuesta, como promedio alcanzo una calificación de 4.8, destacan los servicios de puerperio con 5, ginecología con calificación de 4.9 y traumatología con 4.8.
 - c. La dimensión seguridad en promedio logro un 4.9 de calificación, sobresalen los servicios de traumatología con 5 como calificación, medicina con 4.9 y pediatría también con 4.9.

- d. La dimensión empatía consiguió en promedio 5 como calificación, cercana al 7 como puntaje óptimo; figurando los servicios con mayor calificación traumatología con 5.2 y pediatría con 5.
- e. En la dimensión aspectos tangibles el promedio de calificación alcanzado fue de 4.9; distinguiéndose los servicios de traumatología con 5, con 4.9 los servicios de medicina y pediatría.
- f. El promedio a nivel de todas las respuestas contenidas en las cinco dimensiones es de **4.6**, cercano a la calificación 7, podríamos deducir que la percepción del usuario con respecto a la atención recibida se encuentra ubicada dentro de una atención **“regular”**.

RECOMENDACIONES

1. Los porcentajes de insatisfacción por encima del 60% implica **por mejorar**, y en comparación al año 2015, se ha disminuido el nivel de satisfacción promedio de 18.5% a un catastrófico 2.5% y se ha incrementado el nivel de insatisfacción del 81.5% al 97.5%, consecuencia de estos resultados implica iniciar procesos de mejora en el 100% de los procesos que están contenidas en los 22 ítems, que finalmente se traducirán en las cinco dimensiones como son fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad, empatía y aspectos tangibles, en todos los servicios de hospitalización de nuestra institución.
2. La gestión debe promover un ambiente propicio con los recursos humanos, materiales, financieros y tecnológicos, para el logro de los objetivos de nuestra institución que finalmente se traducirán en el desempeño del personal y la satisfacción del usuario externo.
3. Promover una comunicación efectiva de parte del personal de los servicios de hospitalización y otros actores que tuvieran relación con el paciente hospitalizado, comprendiendo que es la mejor herramienta para identificar las necesidades y demostrar interés, favoreciendo un ambiente de confianza para que puedan expresar sus dudas, sentimientos y emociones.
4. Continuar proporcionando información al personal de la institución con respecto a la Ley N° 29414 y su respectivo reglamento, donde se establece los derechos de las personas usuarias de los establecimientos de salud, que considera entre algunos aspectos: derechos relacionados al acceso a los establecimientos de salud, a la información adecuada y oportuna, a la atención y recuperación de su salud con pleno respeto a la dignidad e intimidad.
5. Cada jefatura debe asumir con responsabilidad las funciones inherentes a su cargo, en los diferentes servicios que se desempeñan.
6. Implementar Directivas, para el cumplimiento bajo responsabilidad, del manual de organización y funciones por parte del personal, en todos los servicios relacionados con la atención a los pacientes
7. Establecer una coordinación efectiva entre todo el personal involucrado en el proceso de atención del paciente hospitalizado, dando cumplimiento a los lineamientos de la organización al respecto. Para generar procesos ágiles y oportunos, tomando en cuenta las necesidades y expectativa del paciente y familiares.
8. Establecer rondas de supervisión a todo nivel conformando un equipo multidisciplinario bajo un plan constituido, con las consideraciones de socialización permanente de la información obtenida y compromiso del levantamiento de las observaciones.
9. Promover la elaboración de información escrita al usuario (dípticos) tanto externo como interno, dando a conocer los derechos y deberes de los usuarios externos, la cartera de

servicios que contengan las especialidades médicas que ofertamos y los diferentes procedimientos, que se realizan según nivel de complejidad de nuestra institución.

10. El personal de salud debe actuar con base en los principios que rigen la práctica profesional según corresponda, conociendo, adoptando, aplicando y difundiendo los deberes y responsabilidades en el código de ética y deontología.
11. Desarrollar talleres o elaborar folletería con ejes temáticos: derechos del usuario, buen trato, comunicación empática, relaciones interpersonales; las estrategias educativas fortalecen el desarrollo del personal, el mismo que permitirá crecer como persona respetando los derechos de los demás. Las actitudes positivas se traducen en compromisos e identificación con la solución de las necesidades de nuestros usuarios demandantes, como personal de salud tenemos objetivos comunes que se traducen en el mejoramiento de los servicios de nuestro hospital a través de una mejor respuesta a las necesidades de la población usuaria.

CAPITULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

LISTA DE PROBLEMAS PRIORIZADOS

El ASIS como importante documento de gestión, muestra el resultado final de una visión integral y objetiva del trabajo de todas las instancias asistenciales y administrativas, como expresión de nuestra realidad sanitaria; donde resalta el enfoque multidisciplinario y participativo, amplio, que también se refleja en la predisposición a brindar información integral, real y actualizada (Oficina de Estadística e Informática,

Oficina de Personal, Oficina de Planeamiento Estratégico, Oficina de Gestión de la Calidad, Oficina de Epidemiología, Salud Ambiental y Salud Ocupacional), complementada con otras fuentes importantes de información.

Como el escenario epidemiológico no ha variado en forma sustancial el conjunto de problemas priorizados que a continuación se describe, forma parte de la solución a los problemas sanitarios identificados por la institución. Por lo tanto, es necesario planificar y evaluar en periodos alcanzables (anuales) que permitan solucionar cada una de las necesidades en forma adecuada y oportuna.

De acuerdo con los criterios propuestos para la priorización de problemas se presenta a continuación la relación de problemas identificados en orden decreciente de prioridad, estratificados por áreas de intervención.

DE INTERVENCIÓN SANITARIA:

- ✓ Débil apoyo del equipo de gestión para el fortalecimiento de capacidades en vigilancia epidemiológica, materno neonatal, accidentes biológico laborales, acciones de mejora y emisión de alerta, verde, amarilla y roja a las Unidades Productoras de la Atención de Salud.
- ✓ El incremento de la incidencia de enfermedades no transmisibles como el cáncer, diabetes e hipertensión arterial especialmente en la edad del adulto mayor, se incrementó.
- ✓ Se realizó los planes de contingencia del Influenza H1N1y otros virus respiratorios y otros.

INTERVENCIÓN DE GESTIÓN:

- ✓ La Gestión básica Hospitalaria del proceso administrativo hospitalario permite optimizar la oferta hospitalaria a una demanda de necesidades de atención de salud, con una adecuada gestión, planeación y organización posibilitando la toma de decisiones de manera eficiente y oportuna.
- ✓ Fortalecimiento progresivo de los procesos de gestión administrativa y asistencial con la participación en los comités de Infecciones Asociadas a la Atención de salud y el comité de mortalidad materna perinatal.
- ✓ Direccionamiento de la Organización Funcional, con progresiva capacitación en los niveles jefaturales de las normas y responsabilidades en los cargos asignados.
- ✓ Disminución de la congestión y flujos en la consulta externa y de apoyo diagnóstico. Actualización del sistema de admisión y de programación de citas.
- ✓ Fortalecimiento y actualización en el uso y manejo de guías clínicas y procedimientos normas y protocolos de atención clínica para aplicación de los procedimientos estandarizados en los diferentes servicios.
- ✓ Desconocimiento de los presupuestos que maneja el HRGDV, PPR (Estrategias Sanitarias) y el presupuesto de la vigilancia Epidemiológica por el personal asistencial del HRGDV.
- ✓ Implementación de los planes de mejora por servicios.
- ✓ Implementación del comité de Historias Clínicas.
- ✓ Permanente cambio de Directores del hospital y cambio de jefaturas los cuales obstaculizan los avances y logros de los objetivos de la institución.

INTERVENCIÓN DE LA OFERTA

- ✓ La infraestructura del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega con 52 años de antigüedad está deteriorada y con altos índices de vulnerabilidad tanto estructural como no estructural especialmente ante situaciones de emergencias y desastres.
- ✓ Crecimiento arquitectónico desordenado e insuficiente para la operación de los servicios.
- ✓ El perfil de proyecto de construcción del nuevo hospital no se encuentra aprobado.

- ✓ Gestión clínica con uso escaso de tecnología de la información.
- ✓ Falta de mayor número de recursos humanos especializados, ayuda al diagnóstico de alta especialización y falta de servicio de cuidados intensivo intermedio y unidad de cuidados intensivos equipados adecuadamente.
- ✓ Aumento de la tendencia de atenciones en consulta externa, sin embargo rendimiento de la consulta médica en el hospital se incrementa.
- ✓ Alto porcentaje de ocupación cama de los servicios de hospitalización especialmente en Traumatología, Cirugía y Emergencia General.
- ✓ Incremento de la demanda de atención de pacientes con prioridad I. Y saturación de pacientes con uso de ventilador mecánico en la unidad de shock Trauma.
- ✓ Falta de elaboración y programación de planes de mantenimiento de los equipos biomédicos en las diferentes Unidades Productores de Salud.

PROBLEMAS ENCONTRADOS:

1. Infraestructura Física antigua y con índice de vulnerabilidad.
2. Notable insatisfacción del usuario en Consulta Externa, Hospitalización y Emergencia.
3. Larga estancia hospitalaria en el servicio de traumatología promedio.
4. Inoperatividad de Equipos Biomédicos en los servicios de hospitalización.
5. Población demandante con perfil socioeconómico predominantemente del estrato pobre.
6. Incremento de Infección por VIH sin SIDA, seguido de Diabetes Mellitus Tipo 2.
7. Tasa de Operaciones Cesáreas con tendencia ascendente.
8. Carencia de Presupuesto para implementación de Programas de Mantenimiento Preventivo y Correctivo de Servicios de los equipos biomédicos en los servicios.
9. Inoperatividad de Equipos Biomédicos en algunos servicios

RECOMENDACIONES:

- ✓ Elaborar un Plan de Intervención de Riesgos y reactivar la ejecución del Plan Maestro. -Elaborar un Plan de Intervención de Riesgos tendiente a la eliminación del riesgo (prevención) y/o a la reducción del riesgo (mitigación) cultural, social, económico y político, y en sus componentes estructural, no estructural y organizativo-funcional arquitectónica del hospital, en vías de mejora del sistema eléctrico, agua y desagüe.
- ✓ Continuamos con la recomendación de la optimización del sistema de información; actualmente no contamos con la sistematización de una red informática en todos los servicios/ unidades/ Aéreas y Administración que integre un sistema de datos en el proceso de atención al paciente y facilidad del manejo de Base de Datos en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega teniendo la necesidad de implementar la historia clínica electrónica en nuestro hospital, esta permitirá una integración de la información de todas las áreas asistenciales y administrativas, permitiendo una integración, principalmente, entre las áreas de admisión, consulta externa, imágenes, exámenes de laboratorio, farmacia y economía. Estamos promoviendo el desarrollo de un sistema de información hospitalaria para la gestión y la toma de decisiones. Articular los diferentes Sistemas Básicas de uso General para el análisis (Software: HIS para consulta externa, egresos hospitalarios, emergencia, SIP 2000, SIS SOAT, Defunciones, Nacimientos, SISMED, Laboratorio e Historia clínica). Dificulta la elaboración del ASISH.
- ✓ Aprobación del perfil de estudio para la nueva construcción de un hospital.
- ✓ Implementación de la Unidad de Cuidados Intensivos Intermedios.
- ✓ Ampliación de la Unidad de Shock Trauma de Emergencia General.
- ✓ Incremento de Recursos Humanos con Especialidad.
- ✓ Ampliación de la Infraestructura de la Unidad de Endoscopia.
- ✓ Modernización de la infraestructura de Consultorios Externos y equipamiento.
- ✓ Modernización del sistema de información e historias clínicas electrónicas.
- ✓ Implementación del servicio de hospitalización y consultorios externos de salud mental.

- ✓ Fortalecimiento de la Unidad de Cuidados Intensivos con aire acondicionado y equipamiento.
- ✓ Fortalecimiento de los recursos Humanos con cursos de habilidades en relaciones interpersonales, clima organizacional y el Trato Humanizado del paciente.
- ✓ Diagnóstico, tratamiento oportuno y recuperación de las enfermedades transmisibles
- ✓ Mejoramiento continuo de la atención integral de calidad, promoviendo las capacidades y recursos humanos necesarios
- ✓ El personal de la Unidad de Estadística e Informática y de la Unidad de Epidemiología debe recibir el **MÓDULO DE CAPACITACIÓN DE INDICADORES DE GESTIÓN Y EVALUACIÓN HOSPITALARIA**, con el objetivo de fortalecer las capacidades del personal de la institución, para el procesamiento y análisis de indicadores con la finalidad de utilizar herramientas metodológicas para una adecuada gestión de los recursos hospitalarios y la óptima evaluación de los procesos administrativos asistenciales, con el uso racional de los recursos y el cumplimiento de resultados, bajo criterios de eficiencia, equidad y calidad en los servicios de salud.
- ✓ Fortalecimiento de capacidades en el manejo estandarizado de indicadores hospitalarios para el proceso de atención de los usuarios para el fácil manejo de datos estadísticos en el proceso de atención del paciente a nivel de todo el hospital.
- ✓ Facilitación de la Base de datos del sistema de información registros y subregistros de Consulta Externa, Emergencia General, Emergencias Gineco-Obstétricas y otros servicios, unidades y áreas por el sistema de estadística e informática, en el tiempo oportuno cada fin de año; a la Unidad de Epidemiología para la Elaboración del Análisis Situacional de Salud en el tiempo oportuno.
- ✓ Generar capacidades en el personal de la Unidad de Estadística e Informática para el procesamiento y análisis de indicadores hospitalarios

de gestión y evaluación que faciliten el desarrollo de las estrategias para una adecuada gestión de los recursos hospitalarios.

- ✓ Proyectar el desarrollo de la estructura hospitalaria a futuro según la categorización del establecimiento de salud para satisfacer la demanda de la población de la Región de Apurímac con énfasis en la oferta de servicios especializados y desarrollo de capacidades especializadas para la atención de la población con enfermedades crónicas.
- ✓ En lo que refiere a la tecnología falta fortalecer con un reemplazo de “equipos biomédicos” de tecnología de punta.
- ✓ Fortalecer con equipamiento para la atención Materna Neonatal principalmente para la atención del neonato y disminuir la morbimortalidad por enfermedades asociadas al cuidado de la salud. Por otro lado fortalecer con equipamiento los servicios de emergencia Neonatal y hospitalización.
- ✓ Fortalecimiento del sistema de referencia y contra referencia mediante la provisión de equipamiento, recursos humanos y ambulancias de acuerdo a las normas técnicas establecidas. Actualización de la cartera de servicios.
- ✓ Apoyo Logístico permanente de insumos y materiales de Bioseguridad, Equipo de protección Personal e higiene de manos.
- ✓ Actualización y estandarización de Guías de atención clínica, Protocolos de atención y el manual de procesos y procedimientos en cada Unidad Productora de Salud del hospital en forma continua y permanente.
- ✓ Difusión del documento del ASISH al MINSA, Gobierno Local y Regional con el sentido y propósito de plantear un marco referencial de los problemas de salud que padece la población; para la concepción o adopción por las políticas públicas del estado con la finalidad de :
 - Mejorar los determinantes sociales, económicos y de salud.
 - Para contribuir al desarrollo de actividades de promoción y prevención en la población.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Directiva Sanitaria N° 001 DISA V LC/OEPI-V.01-2011: Elaboración del Análisis de Situación de Salud Hospitalario (ASISHO)
2. Manual de Indicadores Hospitalarios OGE- MINSA 2001

3. Análisis del Hospital Guillermo Díaz de la Vega del 2004.
4. Análisis del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega del 2008
5. Análisis del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega del 2009
6. Estado situacional y propuestas del Hospital dos de Mayo 2001 – MINSA
7. Cie – 10
8. Páginas Web
9. <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/tbc/asistbc.pdf>
10. **Pareja Cruz, Arturo** Seroprevalencia de infección por *Helicobacter pylori* en población adulta de Lima Peru 2017.. 2017, Instituto de Investigación, Facultad de Medicina Humana, Universidad de San Martín de Porres. Lima, Perú, págs. 2017; 17(2): 55-58.
11. **Suárez Ognio, Dr. Luis.** GUÍA PARA ELANÁLISIS DEL PROCESO SALUD ENFERMEDAD. Lima : Ministerio de Salud, 2002, 2005.
12. **Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedad.** PROGRAMA PRESUPUESTAL CON ENFOQUE DE RESULTADOS,Ministerio de Salud. Lima : Ministerio de Salud, 2017.
13. **Arteaga Noriega, Aníbal.** APOYO SOCIAL Y CONTROL METABÓLICO EN LA DIABETES MELLITUS TIPO 2,APOIO SOCIAL E CONTROLE METABÓLICO EM DIABETES MELLITUS TIPO 2. 8 (2), Colombia : Revista cuidararte, 2017, Vol. 485.
14. **Czu, Frank,y Otros** Una actualización de pancreatitis crónica: artículo de revisión.. 37(2), Chicago, EE UU : 2017 Sociedad de Gastroenterología del Perú , 2017, Vols. :146-55.
15. El efecto del envejecimiento para la carga de cánceren Colombia: proyecciones para las primeras cincocalizaciones por departamento y sexo en Colombia,2020 y 2050. Colombia : Rev Colomb Cancerol. 2017;21(2);, 2017, Vols. 104---112.