



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  
6

# ANALISIS DE LA SITUACION DE SALUD 2016

Abancay,  
2016

# **ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA - ABANCAY 2016**

**ABANCAY - APURÍMAC – PERÚ**

Análisis de la Situación de Salud del  
Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega  
2016: Documento de trabajo dirigido a  
quienes están encargados de tomar  
Decisiones.

## **DOCUMENTO METODOLOGICO Y SALUD PÚBLICA**

Novena Edición 2016

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](http://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 Jorge Ponce Juárez**

Director del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega

**M.C Roger Peralta**

Sub Director del H.R.G.D.V.

**M.C. Fabiola Ascue Ramírez**

Jefe de la Oficina de Epidemiología 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 SVPC de Infecciones Intrahospitalarias

**Obstetra Dariana Calvo Chura**

Responsable de SVPC y ESSR Materno Perinatal

**Equipo de Redacción**

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

**Revisión y Edición**

Mg. Salud Publica Gregoria Choque Flores  
Md. Ingrid Pereira Salgado



## **Agradecimiento:**

Al equipo técnico de la Unidad de Epidemiología, Unidad de Calidad y Planificación Estratégica, Unidad de Estadística, y Jefes de los Servicios del Hospital por su valioso aporte que han contribuido a la realización de este documento técnico que servirá de instrumento básico para un adecuado planeamiento estratégico en salud por las diferentes UPS del Hospital.

- ◆ 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
- ◆ Ing. Sistemas Frisher Arce Acostupa
- ◆ Ing. Sistemas Elvis Gamarra Román
- ◆ Lic. Carmen Marlene Castillo Warthon
- ◆ M.C. Lola Celia Carrillo Segovia
- ◆ M.C. Gay Miranda Ninapaytán.
- ◆ M.C. Elio Vidal Robles.
- ◆ M.C. Edme Cáceres Villar.
- ◆ M.C. Isnel Renan Ramos Morón
- ◆ Lic. Luz Marina Farfán Aragón
- ◆ Lic. Julia Cuellar Alegría
- ◆ Lic. Justina Loayza Rojas
- ◆ Lic. María A. Lozano García
- ◆ Lic. Sofía Susan Quispe Portillo
- ◆ Lic. Margarita Huamán Robles.
- ◆ Lic. María Elena Segovia Ancco
- ◆ Q.F. Vivian Yauyo Salguero.
- ◆ Informático Elías Carrión Umeres
- ◆ Informático Orosco Bazán Jholver

Nº 115 -2017-DG-HRGDVA



**GOBIERNO REGIONAL DE APURIMAC**

DIRECCION REGIONAL DE SALUD APURIMAC  
HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA ABANCAY



## Resolución Directoral

“Año del Buen Servicio al Ciudadano”

Abancay, 19 de abril del 2017.

### VISTO:

El Memorando N° 181-2017-DG-HRGDV-ABANCAY, emitido por el Director General, en el que dispone elaborar Resolución Directoral aprobando el documento de Gestión ASIS del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Abancay - 2015, y;

### CONSIDERANDO:

Que, los numerales I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, señalan que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, por lo que la protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, el artículo 8° de la Ley N° 27657 – Ley del Ministerio de Salud, establece que los Órganos Desconcentrados del Ministerio de Salud son las Direcciones de Salud y los Institutos Especializados; así mismo, en su artículo 29° establece que las Direcciones de Salud en su respectivas jurisdicciones son los órganos que por delegación de la Alta Dirección ejercen la autoridad de salud, están encargadas de hacer cumplir a normatividad técnica del Ministerio de Salud y la regulan complementariamente, así como dirigen la ejecución de los procesos de protección, recuperación y rehabilitación de la salud de la población, a través de los hospitales nacionales y establecimientos de salud;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 663-2008/MINSA, se aprobó el documento Técnico de Metodología para el Análisis de Situación de Salud Regional;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 439-2015/MINSA, de fecha 17 de Julio del 2015, se aprueba el Documento Técnico; “Metodología para el Análisis de Situación de Salud Local, así mismo deroga la Resolución Ministerial N° 329-2011/MINSA” y 265-2009/MINSA, que aprobó el Documento Técnico: “Metodología para el análisis de Situación de Salud Local”;

Que, el artículo 16° del Reglamento de Organización y Funciones de nuestra entidad, aprobado mediante Ordenanza Regional N° 030-2012-GR-APURIMAC/CR, dispone que la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental, es la Unidad Orgánica encargada de la vigilancia en Salud Pública, análisis de la situación de la salud hospitalaria, salud ambiental e investigación epidemiológica;

Que, mediante el Oficio N° 22-JOESASO-HRGDV-AB-2017, la Jefa de la Oficina de Epidemiología, Salud Ambiental y Salud Ocupacional, solicita la aprobación del documento de Gestión ASIS del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - 2015, consistente en 277 folios respectivamente, los cuales señalan entre los objetivos generales: Contribuir al desarrollo de estrategias que nos permiten 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 por parte del nivel gerencial desde el punto de vista técnico y político; que incluye la identificación de políticas con la elaboración de planes de

ASIS  
2016

Nº 115 -2017-DG-HRGDVA



**GOBIERNO REGIONAL DE APURIMAC**

**DIRECCION REGIONAL DE SALUD APURIMAC**  
**HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA ABANCAY**



**Resolución Directoral**

“Año del Buen Servicio al Ciudadano”

Abancay, 19 de abril del 2017.



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;

En uso de las facultades conferidas por el artículo 11° de Reglamento Organización y Funciones del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Abancay, aprobado por Ordenanza Regional N° 030-2012-GR-APURIMAC/CR; lo previsto por la Ley N° 27444 Ley de Procedimiento Administrativo General, el Decreto Supremo N° 005-90-PCM, y con uso de las facultades conferidas por la Resolución Directoral N° 001-2017-DG-DIRESA-AP;



Contando con el Visto Bueno de la Dirección DE Administración, Dirección de Planeamiento Estratégico, Jefatura de la Oficina de Gestión de Recursos Humanos y la Jefatura de Asesoría Legal del Hospital “Guillermo Díaz de la Vega”;

**SE RESUELVE:**



**ARTICULO PRIMERO.- APROBAR**, el documento de Gestión “ASIS del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega”-2015, mismo que consta de 277 folios, que en documento adjunto forma parte integrante de la presente Resolución; y,



**ARTICULO SEGUNDO.- ENCARGAR**, a la Oficina de Epidemiología, Salud Ambiental y Salud Ocupacional, como órgano competente, la difusión, implementación, monitoreo y supervisión, a fin de dar cumplimiento al citado documento ASIS – Período 2015.

**ARTICULO TERCERO.- DISPONER**, a la Oficina de Estadística e Informática la publicación de la presente Resolución Directoral, conjuntamente con el documento – Período 2015, a través de página Web de la Institución.

**REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE, PUBLÍQUESE Y ARCHÍVESE;**

GOBIERNO REGIONAL APURIMAC  
DIRECCION REGIONAL DE SALUD APURIMAC  
HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA  
M.C. Jorge Ponce Juárez  
C.V.N. 15474  
DIRECTOR GENERAL

OAL/YRVP  
Distribuidos:  
Dirección General  
Dirección de Administración  
Of. Asesoría Legal  
Unid. Epidemiología S.A. y S.O.  
Of. Estadística e Inf.  
Archivo

**A  
S  
I  
S  
  
2  
0  
1  
6**

## ÍNDICE

PRESENTACIÓN.....	9
INTRODUCCIÓN.....	10
<b>CAPÍTULO I</b> .....	14
1.1. CONTEXTO DEL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA, DESCRIPCION DE LAS PRICIPALES CARACTERISTICAS DEL HOSPITAL ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN.....	14
1.2. CONTEXTO DEL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA.....	15
1.2.1. RESEÑA HISTÓRICA.....	15
1.3.1. ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL DE LA INSTITUCIÓN.....	18
1.3.2. ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL DEL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA.....	20
1.3.3. CATEGORÍA DEL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA.....	24
<b>CAPITULO II</b> .....	30
2.1. UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS DE SALUD CONSULTA EXTERNA.....	30
2.1.1. DEMANDA EN CONSULTA EXTERNA GENERAL Y POR SERVICIOS.....	31
<b>CAPITULO III</b> .....	72
3.1. MORBIMORTALIDAD HOSPITALARIA.....	72
3.1.1. ATENCIONES DE EMERGENCIA.....	85
3.1.2. EGRESOS HOSPITALARIOS.....	89
3.1.3. MORTALIDAD HOSPITALARIA.....	99
3.2. INFORME DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA AÑO 2016.....	107
3.2.1. VIGILANCIA DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS.....	108
3.2.2. VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES.....	135
3.2.3. VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE CASOS DE DIABETES.....	143
3.2.4. VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE CANCER.....	147
3.2.6. VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE ENFERMEDADES PREVENIBLES POR VACUNAS.....	163
3.2.7. VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE ENFERMEDADES DE VIH/SIDA.....	178
3.3. DIAGNOSTICO SITUACIONAL DE LAS INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS.....	182
3.3.1. VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE LAS INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS.....	183
3.4. VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE MORTALIDAD MATERNA PERINATAL.....	195
3.5. VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE LA UNIDAD DE SALUD OCUPACIONAL.....	239
<b>CAPITULO IV</b> .....	256
4.1. INDICADORES DE GESTION Y EVALUACION DE LAS UNIDADES PRODUCTORAS DE SALUD DEL HRGDV.....	256
4.1.1 HOSPITALIZACION.....	258
4.2. INDICADOR DE CLIMA ORGANIZACIONAL.....	262
CONCLUSIONES.....	266
RECOMENDACIONES.....	273
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	274
LISTA DE PROBLEMAS PRIORIZADOS.....	274
BIBLIOGRAFIA.....	279



## 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 se ocupa del análisis contexto de la Estructura, Organización y Funcional del Hospital.
- El segundo capítulo se ocupa de las condicionantes y determinantes de la salud que corresponden al componente demográfico y socioeconómico, en donde se hizo una recopilación y análisis de los principales indicadores.
- En el tercer 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 2015.
- En el cuarto capítulo se detalla la Morbilidad y la Mortalidad hospitalaria.
- El quinto capítulo indicadores hospitalarios
- El sexto 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 esta 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. <sup>(1)</sup>

A  
S  
I  
S  
2  
0  
1  
6

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 52 años de servicio a la población así mismo mejorar las acciones recuperativas y de rehabilitación engarzadas en el Plan Operativo Institucional y donde los aspectos de evaluación y monitoreo, son parte importante e ineludible.

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 morbilidad, 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 52 años de antigüedad está deteriorada y con altos índices de vulnerabilidad tanto estructural como no estructural.

## **OBJETIVOS DEL ASIS DEL HRGDV 2016**

### **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 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 describir los determinantes sociales, económicos, demográficos y de infraestructura física, que inciden o afectan la situación del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega.
- 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, tránsito de lo abstracto a lo concreto, 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 año 2016 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 deberá centralizar todo el sistema de información de los registros de la institución sin embargo esta metodología no existe por lo tanto se dificulta la obtención de datos de algunos Servicios/Unidades/Áreas.
- Obtenida la información se realiza la sistematización, y el análisis de los cuadros estadísticos.
- El presente documento está organizado en 4 capítulos:
  - El primer capítulo se refiere a los Aspectos Generales del Hospital donde se presenta la metodología y la estructura del documento.
  - El segundo capítulo aborda el análisis de los determinantes y el estado de salud.
  - El tercer capítulo consta de la determinación del perfil epidemiológico de la morbilidad.
  - El cuarto capítulo el sistema de Información Estadístico (Unidad de Estadística e Informática del HRGDV) HIS-MIS, Egresos Hospitalarios, Emergencia General y Emergencia Obstétrica Consulta Externa.
  - La obtención de datos de los diferentes servicios intermedios; que fueron ejecutados en su base de datos (computadoras) y de los registros (libros, cuadernos).
  - 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 Inmunoprevenibles, Vigilancia de Cáncer y Control de brotes, epidemias, análisis de la demanda, oferta y el perfil de morbimortalidad hospitalaria través del (ASIS Hospitalario) y (Sala Situacional).



- 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 IIH (procedimientos invasivos) y controlar oportunamente los brotes epidémicos de IIH, a fin de permitir en tiempo oportuno la toma de decisiones e intervenciones basadas en evidencias.
- 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.
- Estudio de Satisfacción del usuario externo realizado 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 15. 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.



## **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 53 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 siendo Directora la Médico. Fabiola Ascue Ramírez, 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.

## CONTEXTO DEL HOSPITAL REGIONAL GUILERMO DIAZ DE LA VEGA

**Condición Actual:** Hospital de Mediana Complejidad de Segundo Nivel de Atención con Categoría II-2.

### CONCEPTOS FILOSÓFICOS

A  
S  
I  
S  
2  
0  
1  
6

#### **VISION:**

“Ser al año 2018, 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”

**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 resolutive 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:

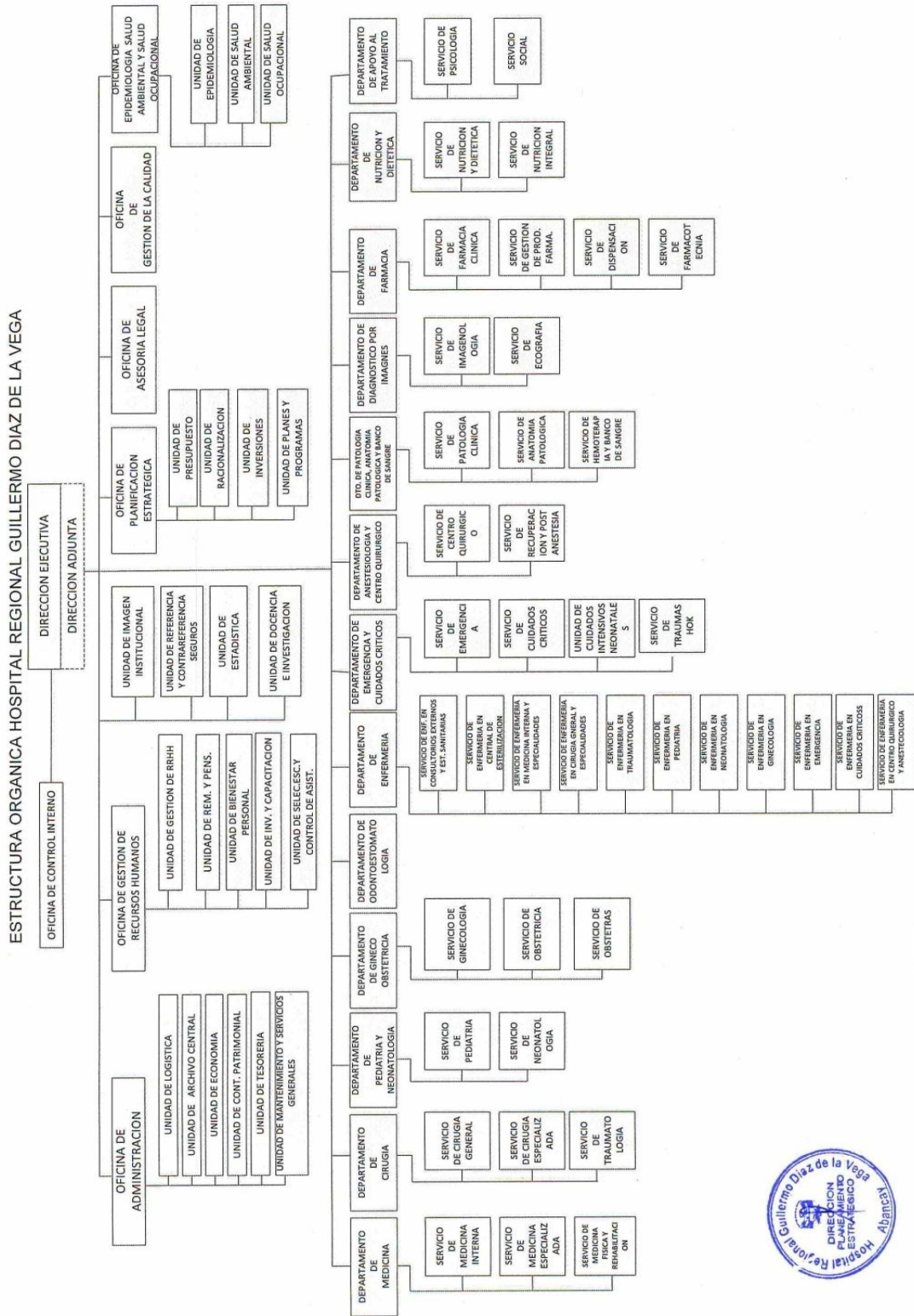
**“Análisis de la Situación de Salud – Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega”**  
**Unidad de Epidemiología-OESASO**

<b>ÓRGANO DE DIRECCIÓN</b>	Dirección Ejecutiva
<b>ÓRGANO DE CONTROL</b>	Oficina de Control Interno
<b>ÓRGANO DE ASESORAMIENTO</b>	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
<b>ÓRGANO DE APOYO</b>	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
<b>ÓRGANO DE LÍNEA</b>	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 Quirúrgico 9: Departamento de Patología Clínica, Anatomía Patológica y Banco de Sangre 10: Departamento de diagnóstico por Imágenes 11: Departamento de Farmacia 12: Departamento de Nutrición y Dietética 13: Departamento de Apoyo al Tratamiento

**A  
S  
I  
S  
2  
0  
1  
6**



**1.3.2. ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL DEL 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	



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

**A  
S  
I  
S  
2  
0  
1  
6**

<b>CARTERA DE SERVICIOS DEL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA - ABANCAY - 2015.</b>			
SERVICIOS	CONSULT. EXTERNOS	HOSPITALIZACION	EMERGENCIA
<b>DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA</b>			
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
<b>DEPARTAMENTO DE MEDICINA</b>			
Medicina Interna	6 horas	24 horas	24 horas
Gastroenterología	06 horas	Por Interconsultas	Por Interconsultas
Endocrinología	06 horas	Por Interconsultas	Por Interconsultas
Medicina Física y Rehabilitación	12 horas	Por Interconsultas	Por Interconsultas
Psiquiatría	06 horas	Por Interconsultas	Por Interconsultas
Neurología	06 horas	Por Interconsultas	Por Interconsultas
Cardiología	06 horas	Por Interconsultas	Por Interconsultas
<b>DEPARTAMENTO DE CIRUGIA</b>			
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
<b>DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA</b>			
Medicina Pediátrica	06 horas	24 horas	24 horas
Neonatología	06 horas	24 horas	24 horas
Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales		24 horas	24 horas
<b>DEPARTAMENTO DE GINECOLOG. Y OBSTETRICIA.</b>			
Ginecología - bstetricia		24 horas	24 horas
Obstetricia(CPN PPF)	06 horas	24 horas	24 horas
<b>DEPARTAMENTO DE APOYO AL DIAGNOSTICO</b>			
<b>DEPTO. DE PATOLOGIA CLINICA Y ANATOMIA PATOLOGICA</b>			
Patología Clínica	6 horas	24 horas	24 horas
Anatomía Patológica	6 horas	12 horas	12 horas
Banco de Sangre		24 horas	24 horas
<b>DEPARTAMENTO DE IMAGENOLOGIA</b>			
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
<b>DEPARTAMENTO DE FARMACIA</b>			
Farmacia Central	12 horas	12 horas	
Farmacia de Emergencia General, emergencia Obstetrica		24 horas	24 horas
Farmacia en Centro Quirúrgico		24 horas	24 horas
<b>DEPARTAMENTO DE NUTRICION Y DIETETICA</b>			
Nutricion Y Dietética		12 horas	12 horas
<b>SERVICIO DE PSICOLOGIA</b>			
Psicología	06 horas	Por Interconsultas	Por Interconsultas
<b>DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGIA Y CENTRO QUIRURGICO</b>			
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
<b>CONSULTORIO DE ESTRATEGIA SANITARIA</b>			
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	
<b>Otros servicios</b>			
Odontología	12 horas	Por Interconsultas	Interconsultas
<b>OTROS SERVICIOS AL USUARIO EXTERNO</b>			
Epidemiología, Saneamiento Ambiental y Salud Ocupacional	12 horas	12 horas	12 horas
Seguros (SIS, FOSPOLI, SOAT)	12 horas	12 horas	24 horas

**A  
S  
I  
S  
2  
0  
1  
6**

### **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  
6**

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 cuenta con equipos sofisticados o de punta.

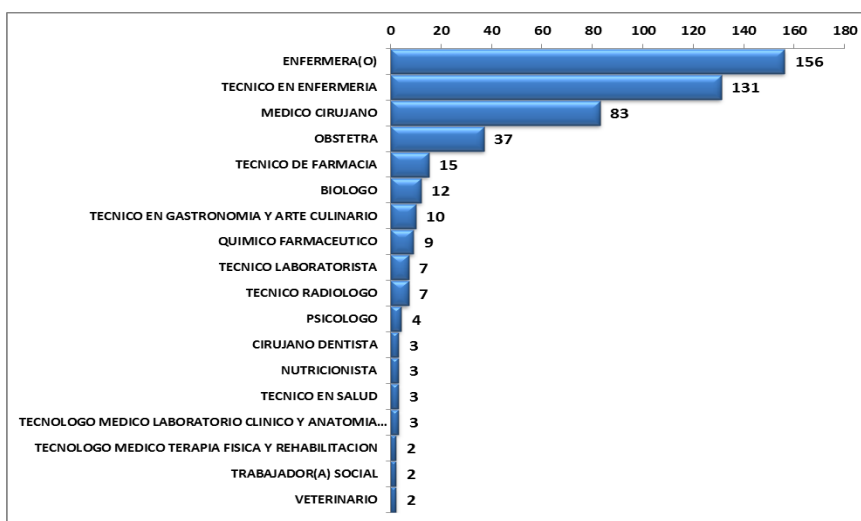
**RECURSO HUMANO DEL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA 2016**

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 COMPUTADO	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	3	0,42
SECRETARIA	5	0,70
PSICOLOGO	4	0,56
CIRUJANO DENTISTA	3	0,42
ECONOMISTA	3	0,42
NUTRICIONISTA	2	0,28
TECNICO AUTOMOTRIZ	3	0,42
TECNICO EN SALUD	3	0,42
TECNOLOGO MEDICO LABORATORIO CLINICO Y ANATOMIA PA	3	0,42
TECNOLOGO MEDICO TERAPIA FISICA Y REHABILITACION	3	0,42
TRABAJADOR(A) SOCIAL	2	0,28
VETRINARIO	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
<b>Total general</b>	<b>717</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Unidad de RRHH 2016

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

**A  
S  
I  
S  
2  
0  
1  
6**



CONDICION LABORAL	TOTAL	%
Nombrado	413	57,60
Contrato CAS	185	25,80
Contratado 276 - Plazo fijo	49	6,83
Servicio de terceros / locación de servicios	40	5,58
Destacado	23	3,21
Residente	10	1,39
<b>Total general</b>	<b>717</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Unidad de RRHH 2016

ESPECIALIDAD PERSONAL MEDICO	TOTAL	%
NO ESPECIFICA	19	24,36
PEDIATRIA	10	12,82
CIRUGIA GENERAL	8	10,26
ANESTESIOLOGIA	7	8,97
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA	7	8,97
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	5	6,41
MEDICINA INTERNA	3	3,85
PATOLOGIA CLINICA	3	3,85
GASTROENTEROLOGIA	2	2,56
MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA	2	2,56
NEUMOLOGIA	2	2,56
OTORRINOLARINGOLOGIA	2	2,56
RADIOLOGIA	2	2,56
CARDIOLOGIA	1	1,28
ENDOCRINOLOGIA	1	1,28
NEUROLOGIA	1	1,28
OFTALMOLOGIA	1	1,28
PSIQUIATRIA	1	1,28
UROLOGIA	1	1,28

Fuente: Unidad de RRHH 2016

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

ESPECIALIDAD PERSONAL ENFERMERO(A)	TOTAL	%
CENTRO QUIRURGICO	14	8,86
CUIDADOS INTENSIVOS	13	8,23
EMERGENCIAS Y DESASTRES	13	8,23
PEDIATRIA	7	4,43
CUIDADOS EN SALUD DE LA MADRE Y EL NIÑO	5	3,16
CUIDADOS QUIRURGICOS	5	3,16
ADULTO MAYOR - GERIATRIA Y GERONTOLOGIA	4	2,53
NEONATOLOGIA	4	2,53
SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA	4	2,53
GESTION EN SERVICIOS DE SALUD	3	1,90
PEDIATRIA Y NEONATOLOGIA	3	1,90
CUIDADOS NEONATALES	2	1,27
ADMINISTRACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD	1	0,63
AUDITORIA EN ENFERMERIA	1	0,63
CENTRO QUIRURGICO ESPECIALIZADO	1	0,63
CIRUGIA	1	0,63
CUIDADO EN SALUD DEL NIÑO	1	0,63
CUIDADOS EN SALUD MENTAL Y PSIQUIATRIA	1	0,63
CUIDADOS INTENSIVOS - NEONATOLOGIA	1	0,63
MADRE NIÑO ADOLESCENTE CON MENCION EN PEDIATRIA	1	0,63
SALUD PUBLICA	1	0,63
SALUD PUBLICA Y COMUNITARIA	1	0,63
SIN ESPECIALIDAD	71	44,94
<b>Total general</b>	<b>158</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Unidad de RRHH 2016

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

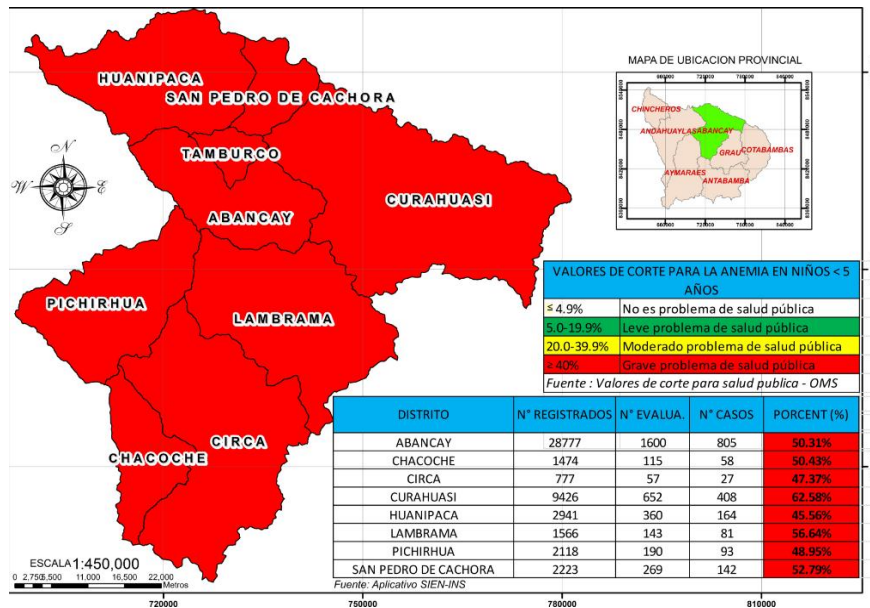
Fuente: Unidad de RRHH 2016

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
<b>Total general</b>	<b>38</b>

Fuente: Unidad de RRHH 2016

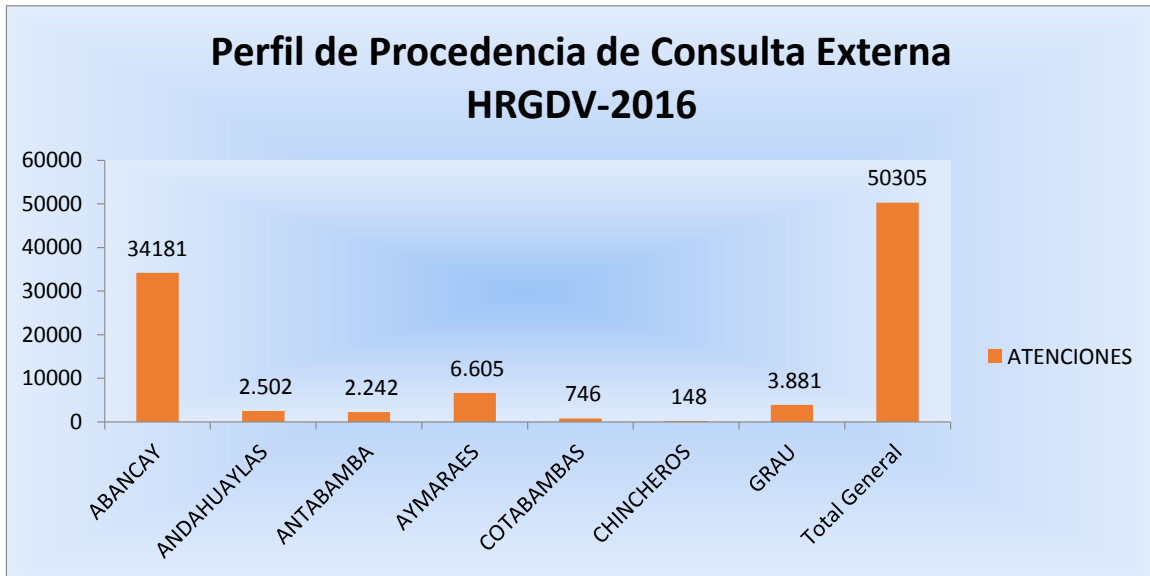


**PROVINCIA DE ABANCAY**



ANÁLISIS 2016

**Procedencia de la población Usuaría por Provincias de Apurímac; Consulta Externa Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega 2016.**

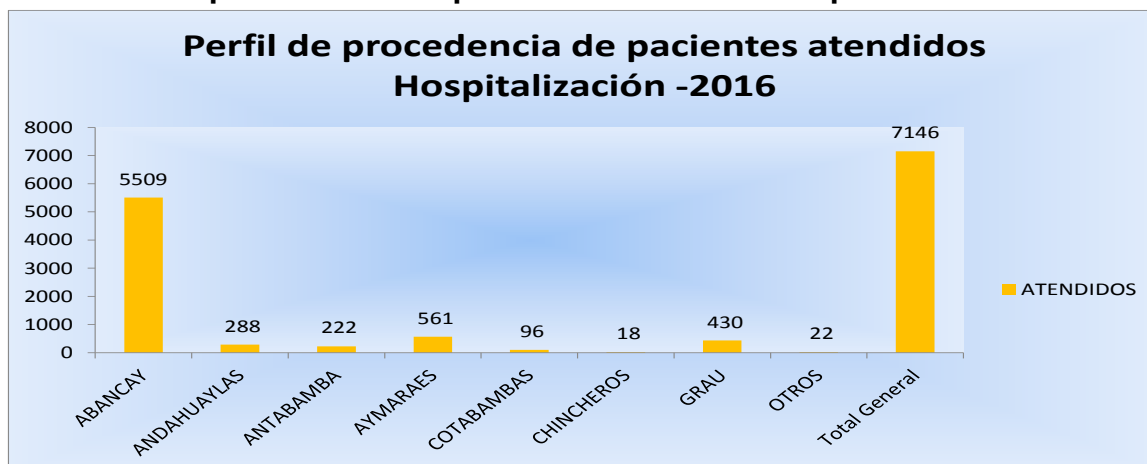


Fuente: Estadística e Informática HRGDV 2016

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%.



**Perfil de procedencia de pacientes atendidos Hospitalización -2016**



Fuente: Estadística e Informática 2016

La procedencia de la población de los usuarios de los egresos hospitalarios del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega del año 2016, generalmente son de la provincia de Abancay, seguido de Aymaraes y Grau y las otras provincias con menor influencia.

## CAPITULO II

### 2.1. UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS DE SALUD CONSULTA EXTERNA

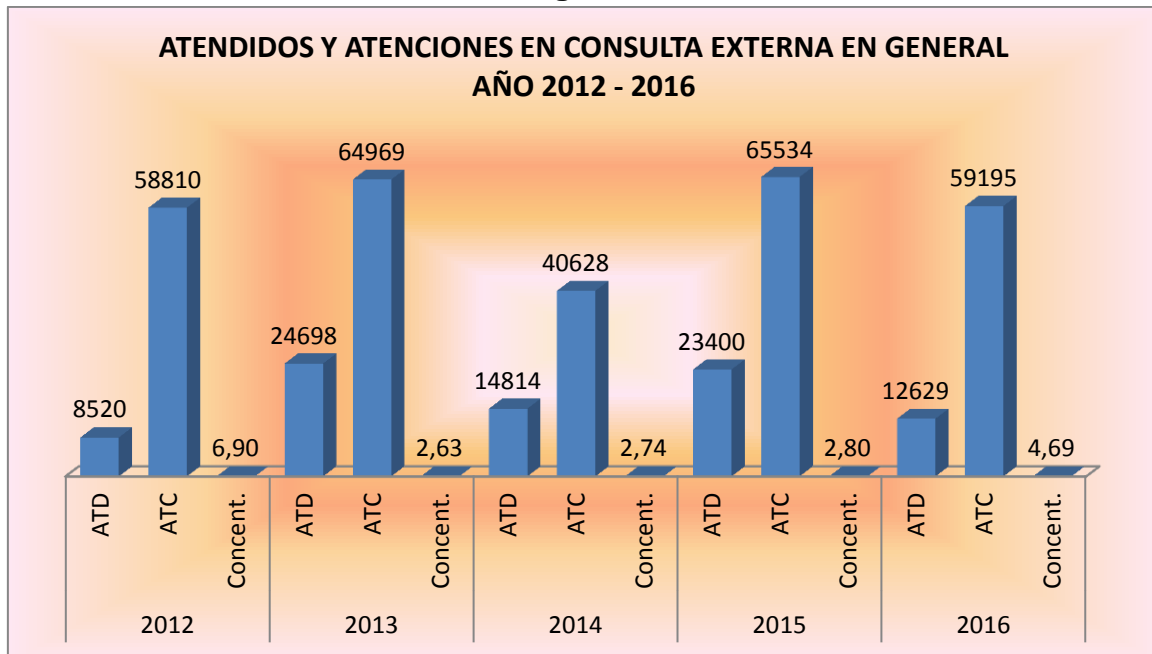
A  
S  
I  
S  
2  
0  
1  
6

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.

**2.1.1. DEMANDA EN CONSULTA EXTERNA GENERAL Y POR SERVICIOS.**

**Atendidos y Atenciones en Consulta Externa, Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega –2012 al 2016.**



A  
S  
I  
S  
  
2  
0  
1  
6

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

La demanda de atenciones en Consulta externa del Hospital para el año 2016 a comparación con los años anteriores ha disminuido a 59195 atenciones con 12629 atendidos, siendo un hospital referencial.

Se observa que de toda la población solo viene el 11.9% a atenderse y 12629 pacientes acude 4 veces por año y 46566 acude sólo 1 vez por año.

Se atribuye que el resto de la población acude a las redes y micro redes del distrito de la provincia de Abancay.

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, 2012 al 2016**

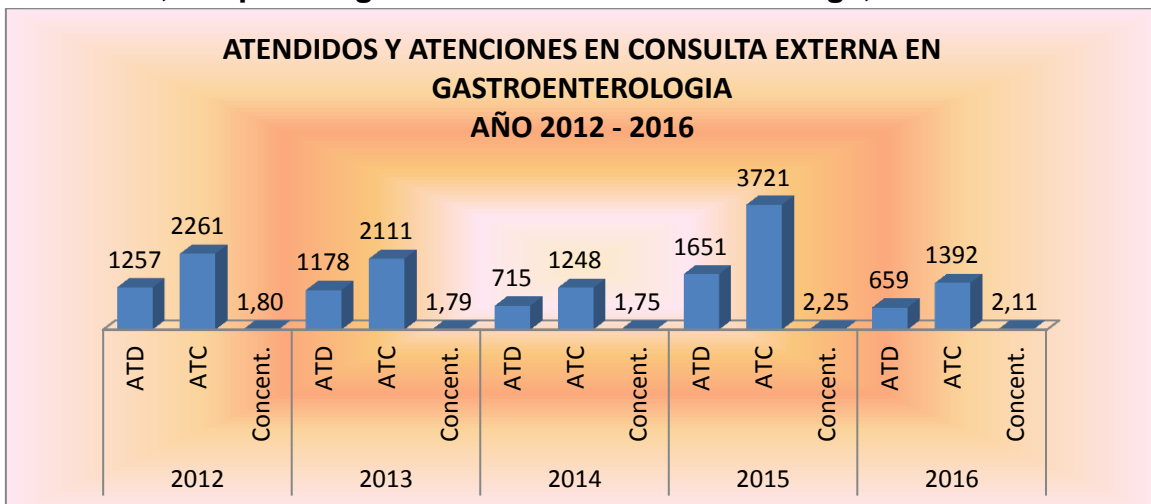
**A  
S  
I  
S  
  
2  
0  
1  
6**



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

Atendidos y Atenciones en Consulta Externa por Medicina General del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega – 2012 al 2016; en el cuadro se conserva un incremento en la demanda de atenciones, la concentración nos indica que cada paciente vino a recibir su atención 2 veces por año.(1)(Dhroove, Saps et al. 2017).

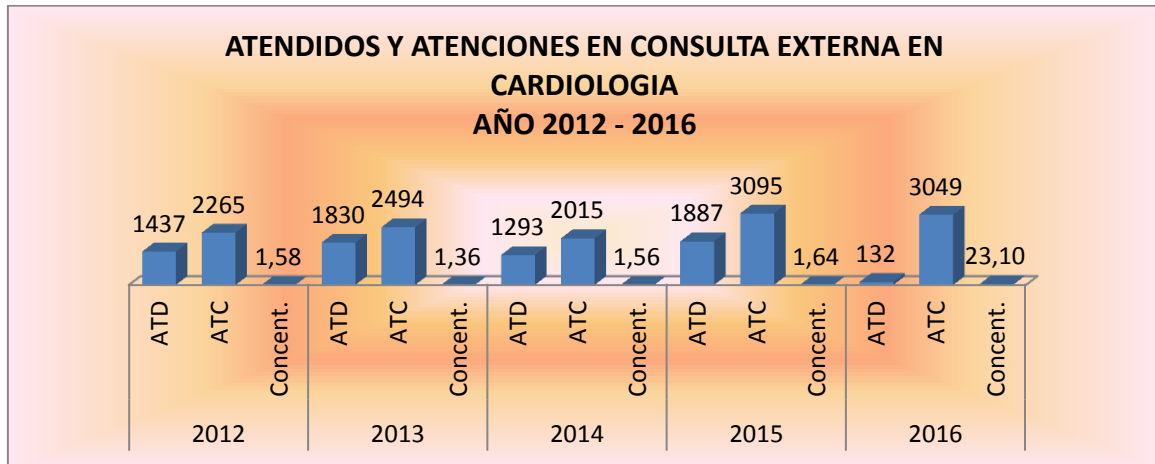
**Atendidos y Atenciones en la Especialidad de Gastroenterología - Consulta Externa, Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, del 2012 al 2016**



Fuente.: Estadística – HRGDV -2016  
 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 – 2012 al 2016; para el último año la tendencia de atenciones ha disminuido llegando a 1392 atenciones, 733 pacientes acudieron 2 veces al año y 659 acudieron sólo 1 vez.

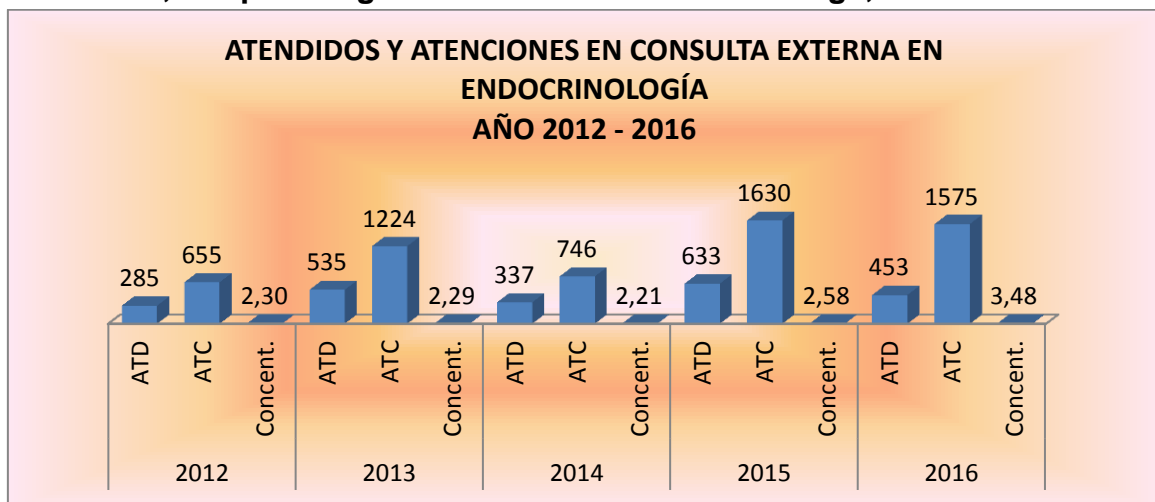
**Atendidos y Atenciones en la Especialidad de Cardiología - Consulta Externa, Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, del 2012 al 2016**



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

La Especialidad de Cardiología en Consulta Externa del Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega – 2012 al 2016; del total de 3049 atenciones 132 pacientes acudieron 23 veces en el año.

**Atendidos y Atenciones en la Especialidad de Endocrinología - Consulta Externa, Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, del 2012 al 2016**



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

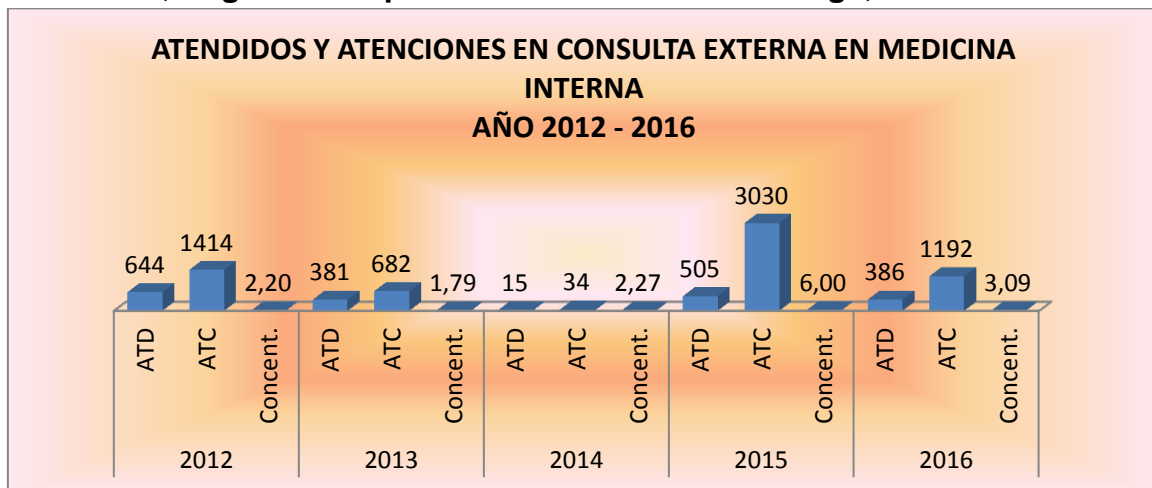
La Especialidad de Endocrinología - Consulta Externa, Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, del 2012 al 2016; las demandas de atenciones

llegaron a 1575 que acudieron en un promedio de 3 veces por año y 453 que acudieron sólo 1 vez.

Hay estudios que confirman que hoy en día, un gran número de estudios epidemiológicos apoyan que las poblaciones obesas y diabéticas son más propensas a experimentar cáncer de tejido específico, pero los mecanismos moleculares subyacentes siguen siendo desconocidos. La obesidad, la diabetes y el cáncer comparten muchos cambios hormonales, inmunológicos y metabólicos que pueden explicar la relación entre la diabetes y el cáncer. Además, los tratamientos antidiabéticos pueden tener un impacto en la ocurrencia y el curso de algunos cánceres. Además, algunos tratamientos contra el cáncer pueden inducir diabetes. Estas observaciones suscitaron una gran controversia debido a las implicaciones éticas ya los intereses comerciales asociados. Presentamos una actualización epidemiológica desde una perspectiva mecanicista que sugiere la existencia de muchos mecanismos individuales comunes y diferenciales que vinculan la obesidad y la diabetes mellitus tipo 1 y 2 con ciertos tipos de cáncer. El reto actual es identificar los enlaces moleculares responsables de esta asociación. La clasificación de los cánceres por sus firmas moleculares puede facilitar futuros estudios mecánicos y epidemiológicos. (Gutierrez-Salmeron, Chocarro-Calvo et al. 2017).

A  
S  
I  
S  
  
2  
0  
1  
6

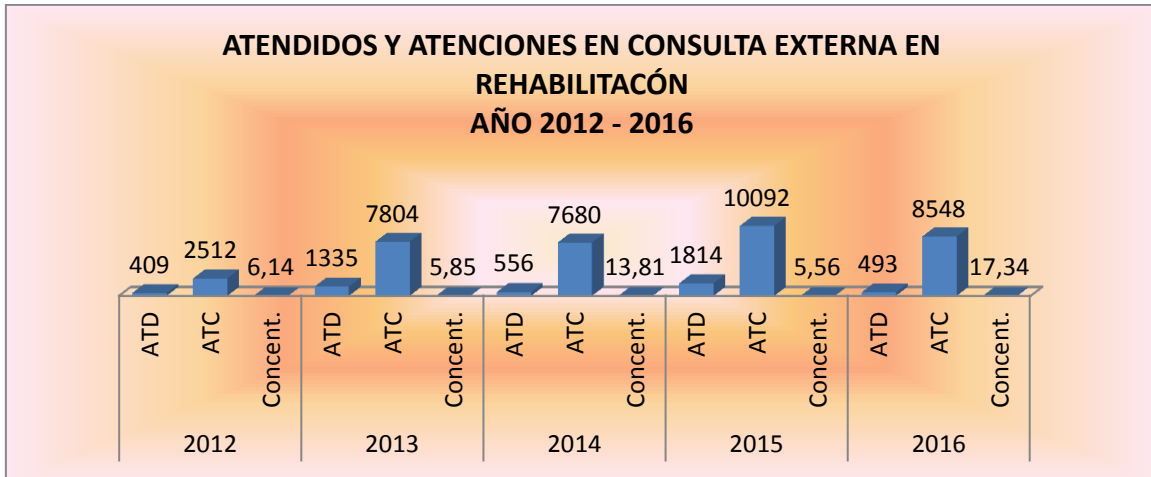
**Atendidos y Atenciones de la Especialidad de Medicina Interna - Consulta Externa, Regional Hospital Guillermo Díaz De La Vega, del 2012 al 2016**



Fuente.: Estadística – HRGDV -2016  
 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 2012 al 2016; la tendencia de la atención en esta especialidad va disminuyendo con el transcurso del tiempo; se deben a muchos factores principalmente las huelgas médicas y los paros escalonados del personal médico.

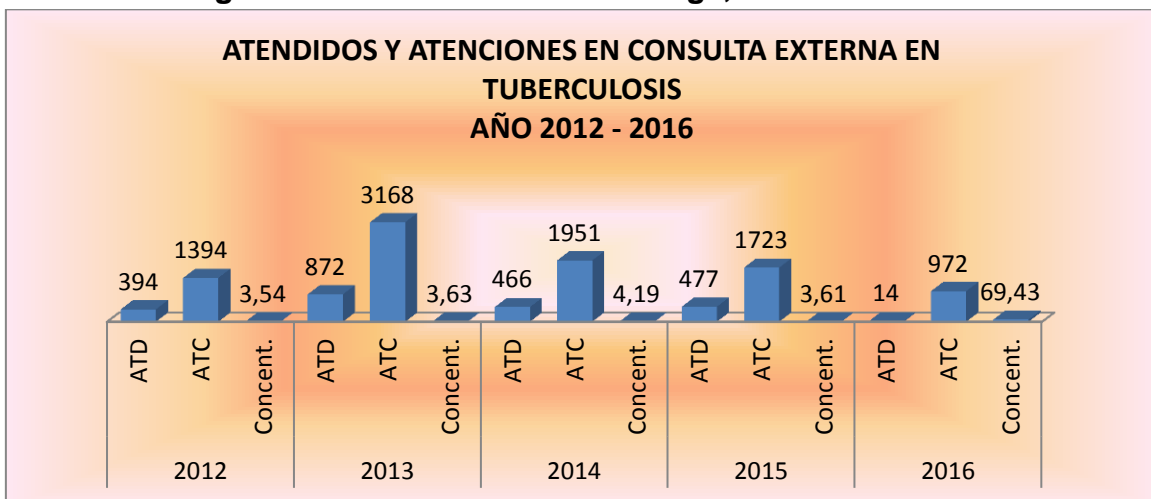
**Atendidos y Atenciones en Rehabilitación y Medicina Física–Consulta Externa, Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, del 2012 al 2016**



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

En consulta externa la especialidad de Medicina física y Rehabilitación para el año 2016 ha disminuido la atención a comparación con el año 2015.

**Atendidos y Atenciones en TUBERCULOSIS–Consulta Externa, Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, del 2012 al 2016**



Fuente.: Estadística – HRGDV -2016  
 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 2012 al 2016; la tendencia de atenciones a comparación con años anteriores disminuye a 972.

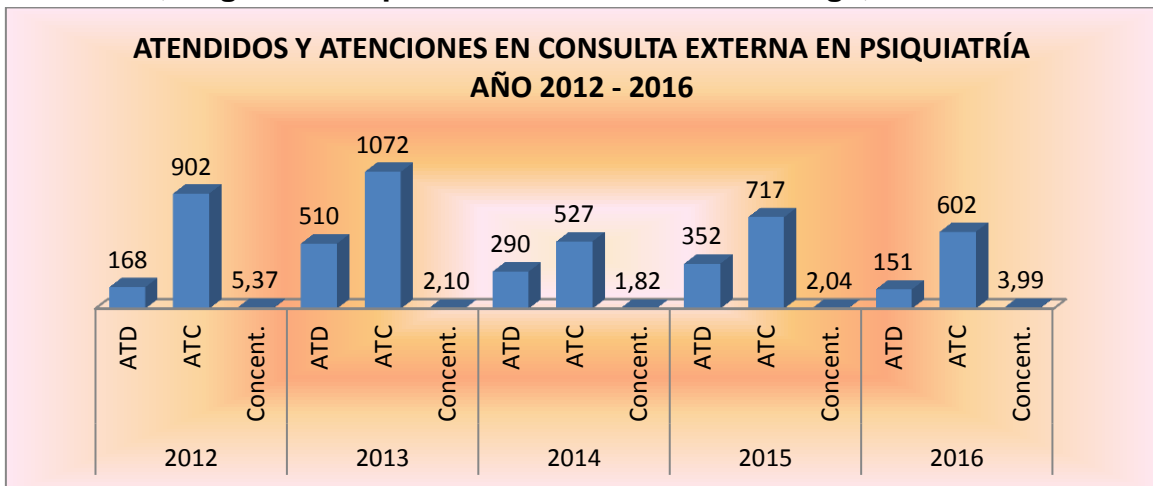
**Atendidos y Atenciones en Psicología - Consulta Externa, Regional  
 Hospital Guillermo Díaz De La Vega, del 2012 al 2016**



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

Las Atenciones de Psicología en consulta externa del Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, durante el año 2012 al 2016; el número de atenciones para el último año disminuye a 2212 atenciones siendo la concentración de 5.07.

**Atendidos y Atenciones en la Especialidad de Psiquiatría - Consulta  
 Externa, Regional Hospital Guillermo Díaz De La Vega, del 2012 al 2016**



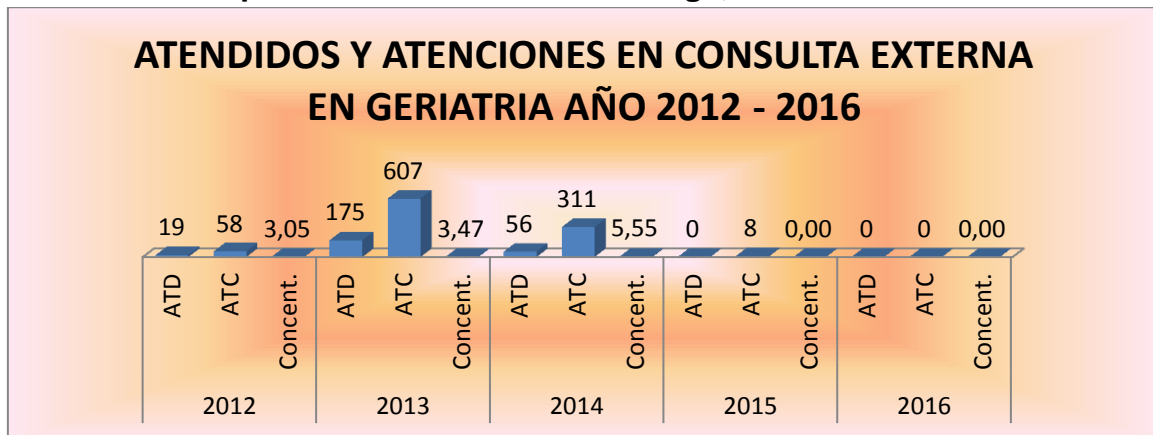
Fuente.: Estadística – HRGDV -2016  
 Elaborado por la Unidad de Epidemiología

En Especialidad de Psiquiatría en consulta externa del Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, durante el año 2012 al 2016; la tendencia de la demanda ha disminuido a 602. Es evidente que la salud mental produce un impacto en los esfuerzos de la lucha contra la pobreza y es un elemento importante para el desarrollo. Sin embargo, la salud mental continúa siendo un tema postergado en la agenda pública y en las políticas. En nuestro país, los



problemas de salud mental seguirán creciendo y se irán agravando de manera muy significativa debido a factores socioeconómicos y culturales como consecuencia de la crisis política de la actualidad, las diversas expresiones de violencia, el creciente consumo de sustancias adictivas y la grave situación de pobreza en la que vive la mayoría de peruanos.(4)(Martinez 2014)

**Atendidos y Atenciones en el Geriatria - Consulta Externa, Regional Hospital Guillermo Díaz De La Vega, del 2012 al 2016**



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

El Programa del Adulto Mayor en consulta externa del Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, durante el año 2012 al 2016; disminuye a 0 atenciones pacientes a comparación de los años anteriores disminuyen las atenciones.

**Atendidos y Atenciones de Atención Integral del Adulto Mayor - Consulta Externa, Regional Hospital Guillermo Díaz De La Vega, 2016**



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

Las atenciones del Adulto Mayor- Consulta Externa, del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, durante el año 2016; se observa la disminución de concurrencia de los pacientes a 0.00.

Entre los lineamientos de la política de salud se ha considerado los enfoques básicos que orientan la acción del sector salud: de derechos humanos, de igualdad de género, de interculturalidad, así como el enfoque intergeneracional. Se desarrolla en el marco de la Política Nacional en relación a las Personas Adultas Mayores elaborada por el MIMP y aprobada mediante Decreto Supremo N° 011-2011-MIMDES y está estructurada sobre los cuatro (4) lineamientos de política nacional: envejecimiento saludable; empleo, previsión y seguridad social; participación e integración social; y, educación, conciencia y cultura sobre el envejecimiento y la vejez. Este nuevo enfoque contiene una matriz que incluye 83 indicadores a nivel de producto y resultado, así como 9 metas emblemáticas referidas a la atención de salud y seguro de salud de las personas adultas mayores, la educación, la participación en los Centros Integrados de Atención al Adulto Mayor, el acceso a pensiones y retribuciones económicas, participación en los presupuestos participativos y planes de desarrollo, y el derecho a la identidad, el 72% de personas adultas mayores (PAM) que contarán con Seguro de Salud.

A  
S  
I  
S  
2  
0  
1  
6

### DEPARTAMENTO DE CIRUGIA Y TRAUMATOLOGIA

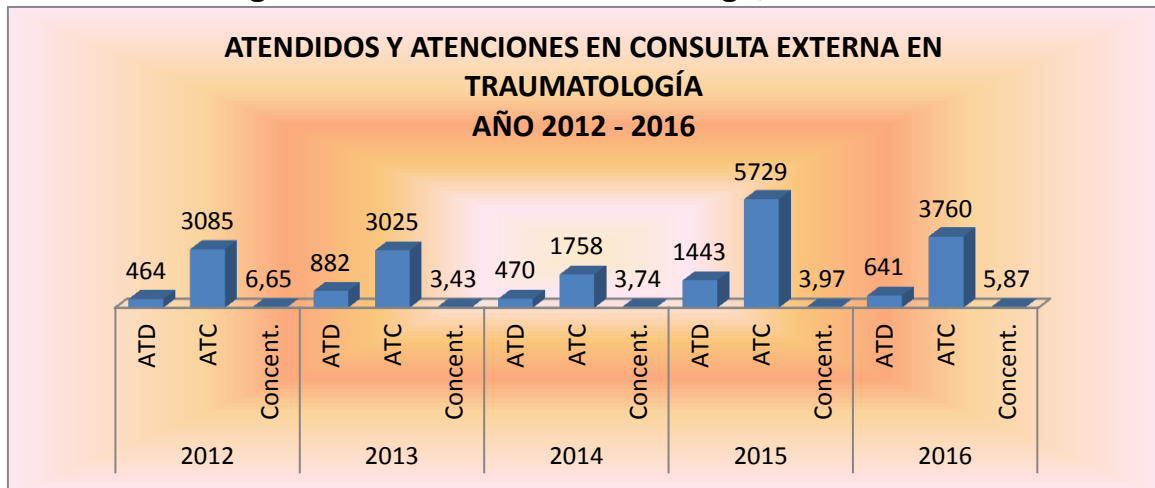
#### Atendidos y Atenciones en Cirugía General – Consulta Externa, Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, del 2012 al 2016



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

La demanda de atenciones por consulta externa por el servicio de cirugía general fue de 2451 atenciones, en el año 2015 la demanda de atenciones fue mayor en 2575 atenciones.

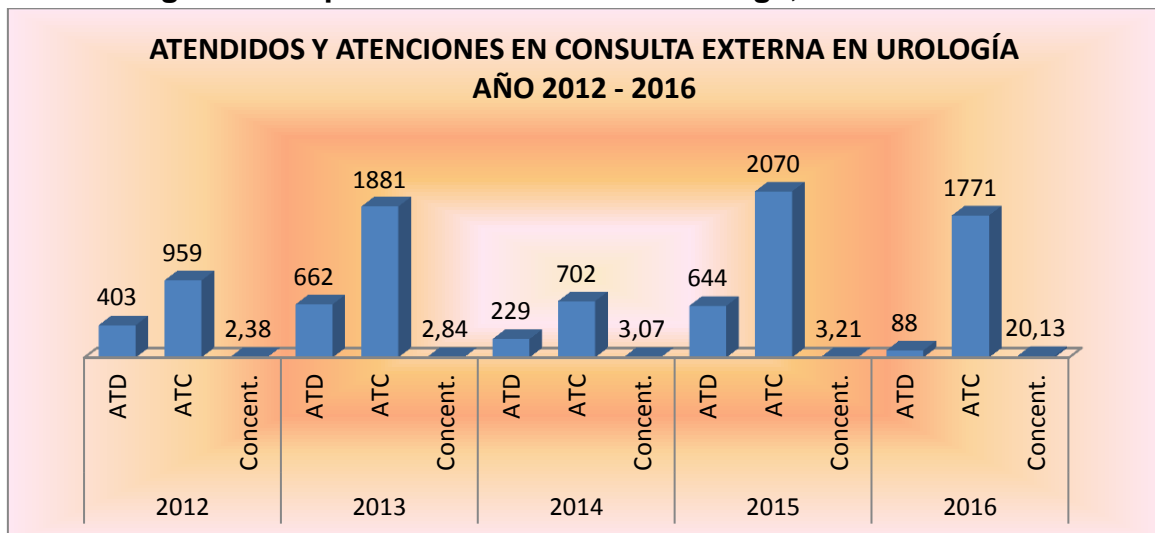
**Atendidos y Atenciones en Traumatología- Consulta Externa, Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, 2012 al 2016**



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

La especialidad de Traumatología en Consulta Externa del Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega – 2012 al 2016; a comparación con el año 2015 ha disminuido.

**Atendidos y Atenciones en la Especialidad de Urología - Consulta Externa, Regional Hospital Guillermo Díaz de la Vega, del 2012 al 2016**



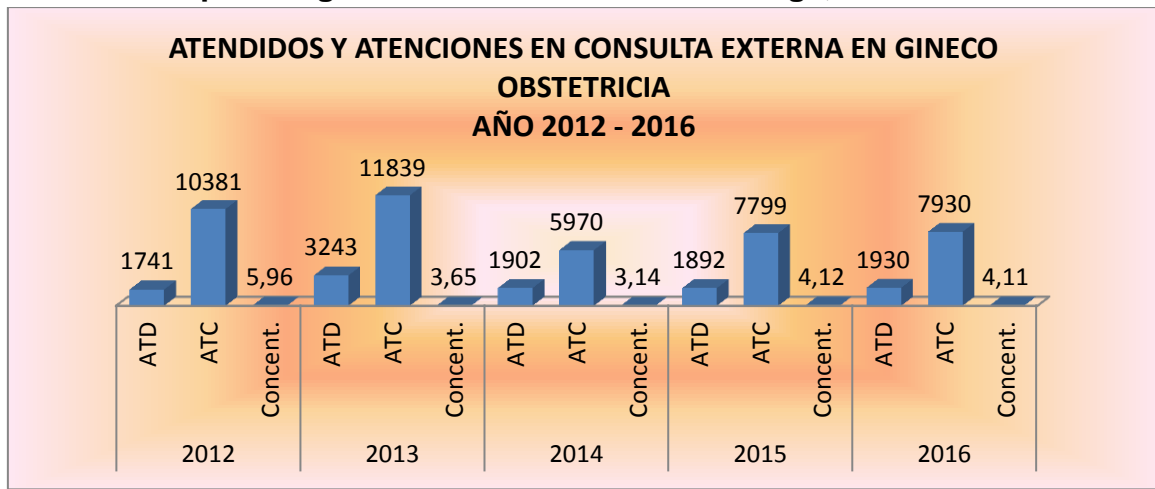
Fuente.: Estadística – HRGDV -2016  
 Elaborado por la Unidad de Epidemiología

La Especialidad de Urología en consulta externa del Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, durante el año 2012 al 2016; la tendencia de la demanda de atenciones disminuye a comparación de años anteriores a 1771.

**DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

**Atendidos y Atenciones en Ginecología y Obstetricia - Consulta Externa,  
 Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, 2012 al 2016**

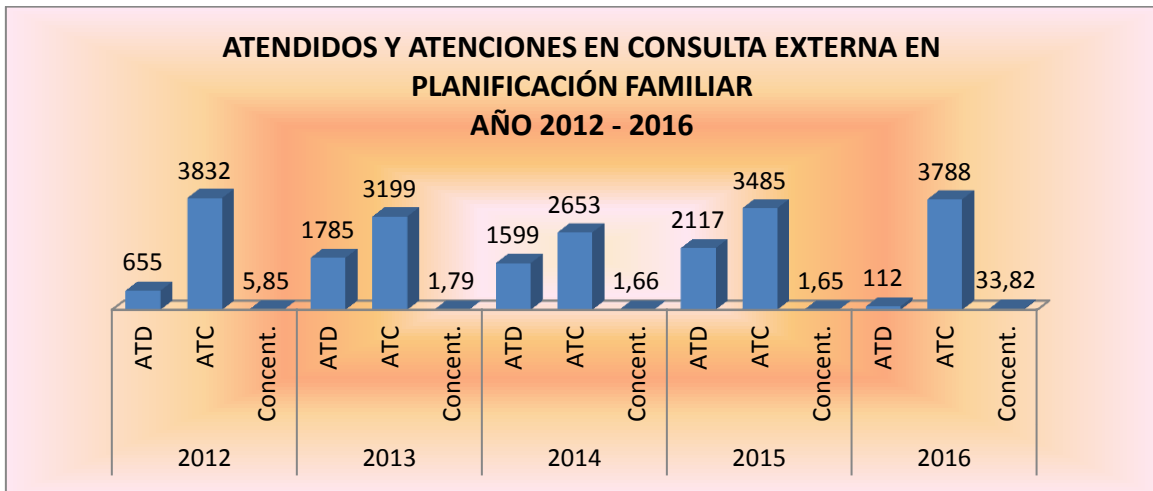
**A  
S  
I  
S  
2  
0  
1  
6**



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

Las atenciones en Ginecología y Obstetricia en Consulta Externa del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega – 2012 al 2016; la tendencia de la demanda de atenciones incrementa para el último año en 7930 atenciones.

**Atendidos y Atenciones en Planificación Familiar - Consulta Externa, RHGDV, del 2012 al 2016**



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

En Consulta Externa de Planificación Familiar del Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega – 2012 al 2016; En el 2012 se incrementó personal de obstetricia lo que mejoró la captación de pacientes, sin embargo la concentración disminuyó; significa que 3177 pacientes acudieron 5 veces al año y 655 sólo 1 vez; al año 2013 mejora significativamente pero la concentración disminuye acudiendo 1785 pacientes 2 veces y 1414 acudieron sólo una vez a recibir su consejería y al año 2015 incrementa las atenciones a 3485 atenciones y para el año 2016 la tendencia de la demanda de atenciones se incrementó a 3788.

**DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA Y NEONATOLOGÍA**

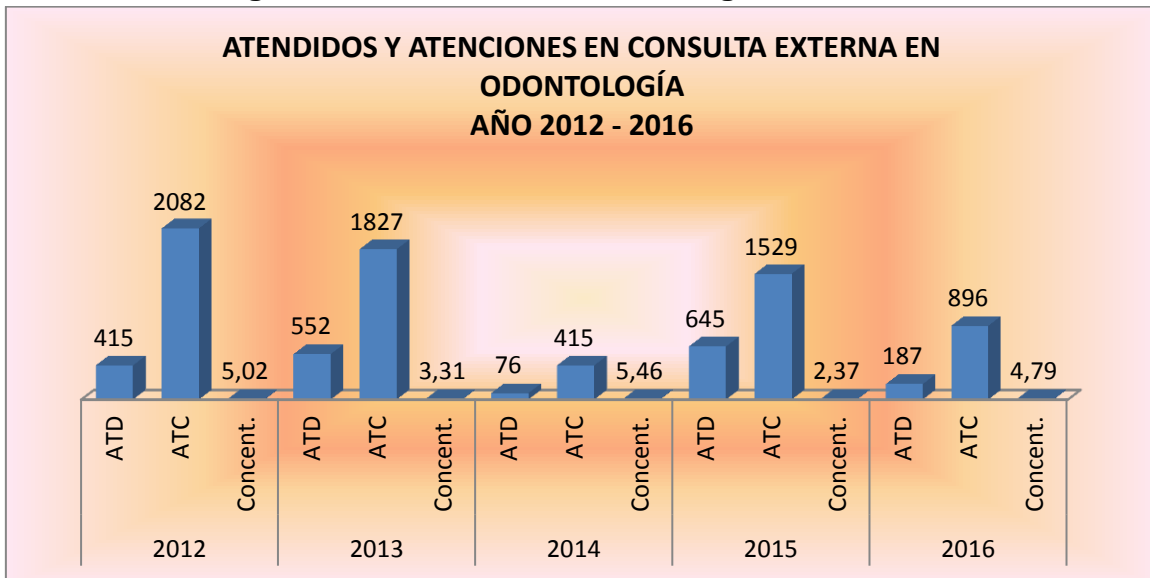
**Atendidos y Atenciones en Pediatría - Consulta Externa, Hospital Regional Guillermo Díaz de La Vega, 2012 al 2016**



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

En Consulta Externa de Pediatría del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega – 2012 al 2016; el 2012 las cifras vuelven a su patrón normal ya que no se incluyeron los datos de las campañas así mismo la atención se realizó sólo en las mañanas todo el año como en el año anterior ; para el año 2013 las cifras disminuyeron no hubieron campañas pediátricas las consultas sólo se llevaron a cabo en el turno mañana y al año 2015 disminuye a 2044 atenciones a falta de médicos especialistas en Pediatría se atendió dos veces por semana; para el año 2016 la tendencia de la demanda disminuye a 1411 atenciones.

**Atendidos y Atenciones en Odontología - Consulta Externa, Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, 2012 al 2016**

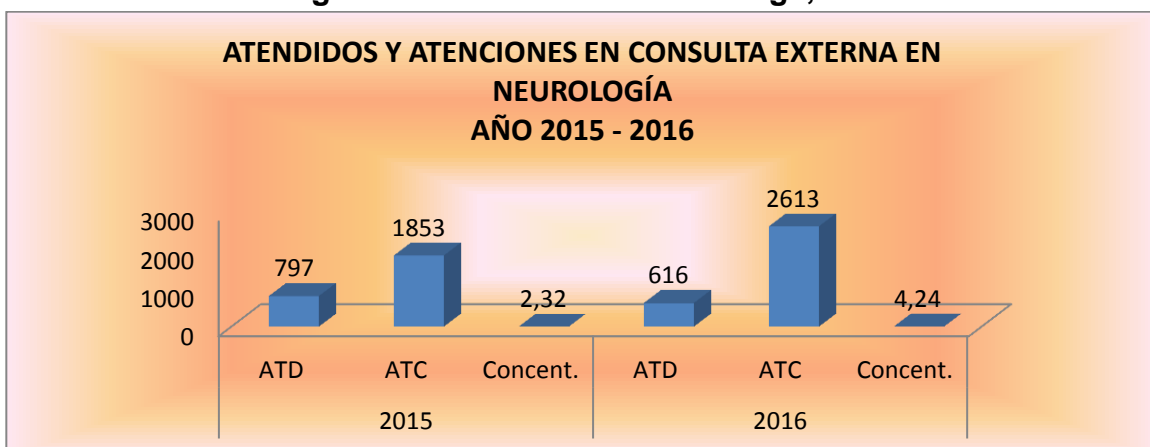


**A  
S  
I  
S  
  
2  
0  
1  
6**

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

Atendidos y Atenciones en Odontología en Consulta Externa del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega – 2012 al 2016; En el 2012, disminuyó la oferta de consultorio por motivos de salud de los profesionales que condicionó que éstos fueran rotados a otras áreas, dejando un solo profesional hasta mayo del 2012 donde se reincorpora un odontólogo especializado en Odonto-pediatría al 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 Neurología - Consulta Externa, Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, 2016**



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



Las atenciones en neurología en consulta externa del Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega al 2015 al 2016; si comparamos la tendencia incrementa de 1853 a 2613 atenciones acudiendo cada paciente 4 veces por año recibir la atención por el profesional de enfermería en la especialidad se contaba con 2 especialistas.

**Atendidos y Atenciones de Oftalmología - Consulta Externa, Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, 2014-2016**

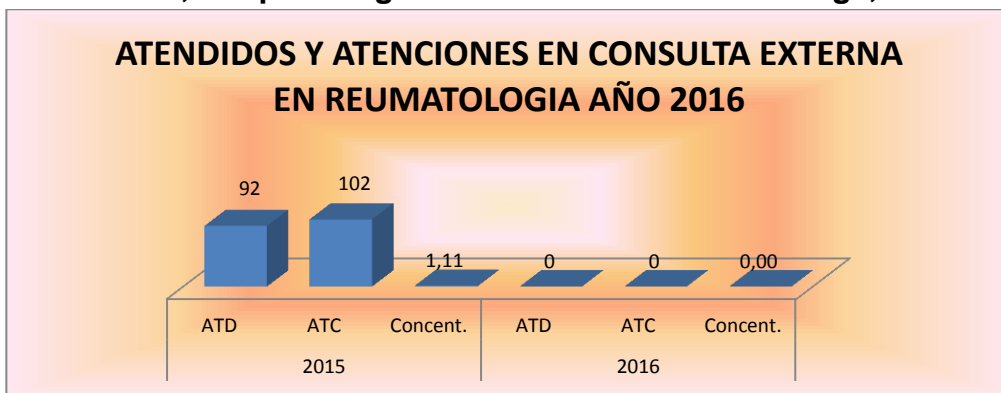
A  
S  
I  
S  
  
2  
0  
1  
6



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

Las atenciones de la oftalmología en consulta externa del Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega al 2016; si comparamos la tendencia ha disminuido de 1518 a 1280 atenciones acudiendo cada paciente sólo 4 veces por año. Contamos con 1 especialista.

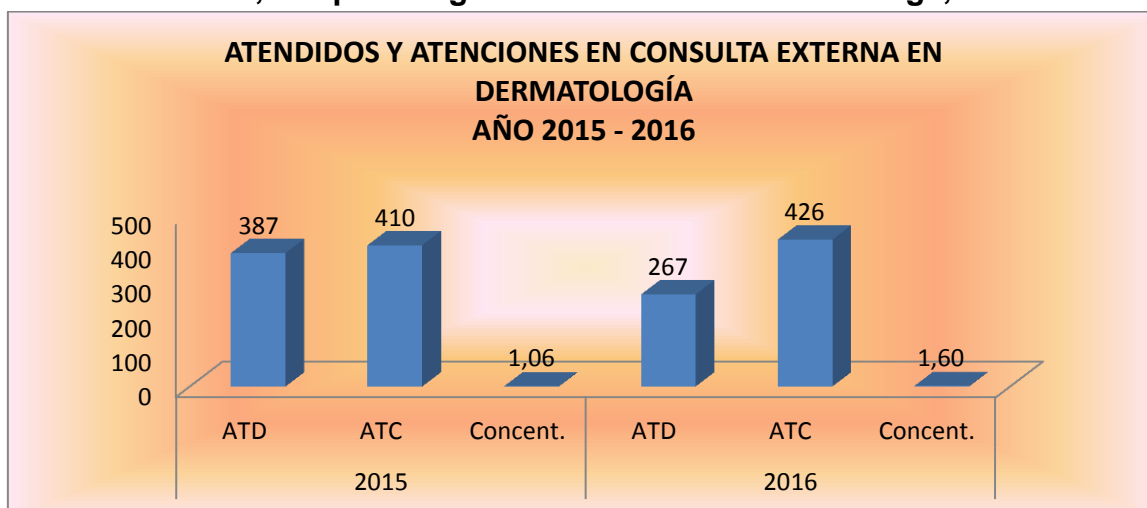
**Atendidos y Atenciones de la especialidad de Reumatología - Consulta Externa, Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, 2016**



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

Las atenciones la especialidad de Reumatología en consulta externa del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega al 2016; no tuvimos demanda de atenciones por esta especialidad por no contar con especialista.

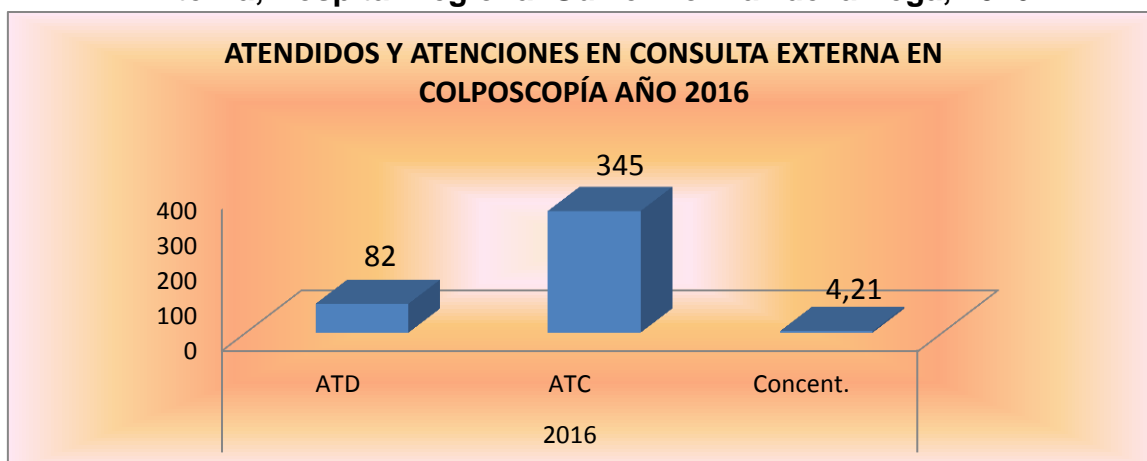
**Atendidos y Atenciones en la Especialidad de Dermatología - Consulta Externa, Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, 2016**



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

Las atenciones la especialidad de Dermatología en consulta externa del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega al 2016; los pacientes acudieron a la especialidad en un numero de 426 atenciones.

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



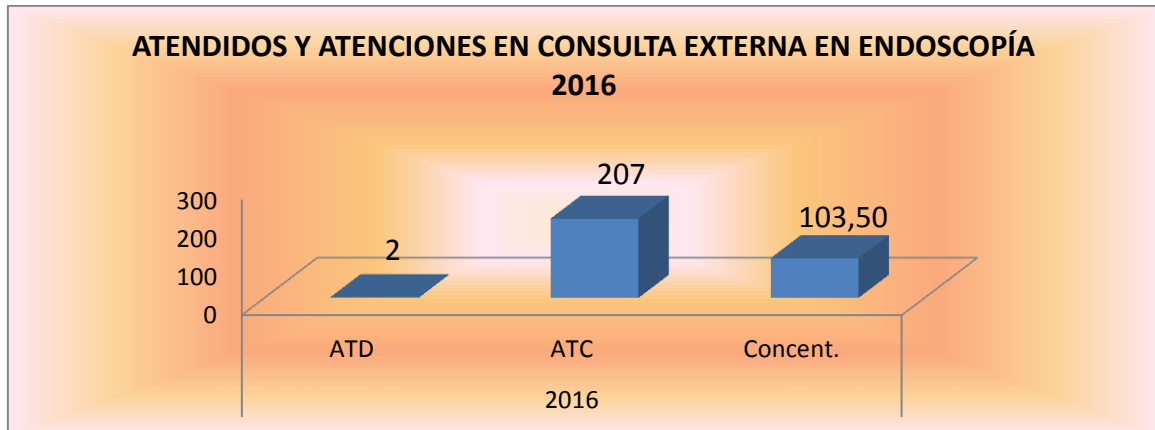
Fuente.: Estadística – HRGDV -2016  
 Elaborado por la Unidad de Epidemiología

En las atenciones de la especialidad de Colposcopia – Consulta Externa del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega al año 2016, se tuvieron 345 con

una concentración de 4.21; en los años anteriores no se evidencia las atenciones.

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

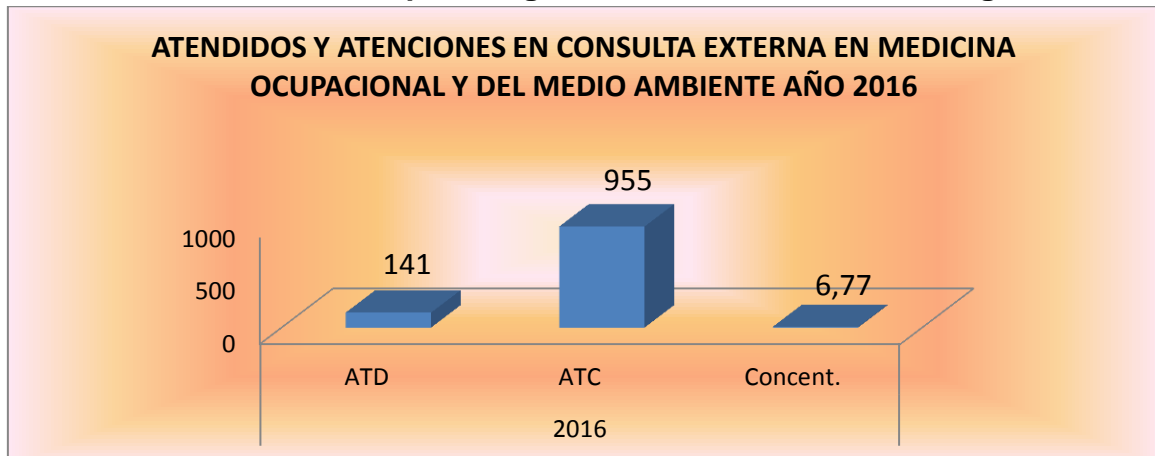
A  
S  
I  
S  
  
2  
0  
1  
6



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

En la especialidad de endoscopia se tuvo la demanda de atenciones de 207 atenciones en el año 2016, 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**



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

En la especialidad de Salud ocupacional para el año 2016 en consulta externa se tuvo la demanda de atenciones de 955 atenciones acudiendo cada usuario interno 6 veces por año.

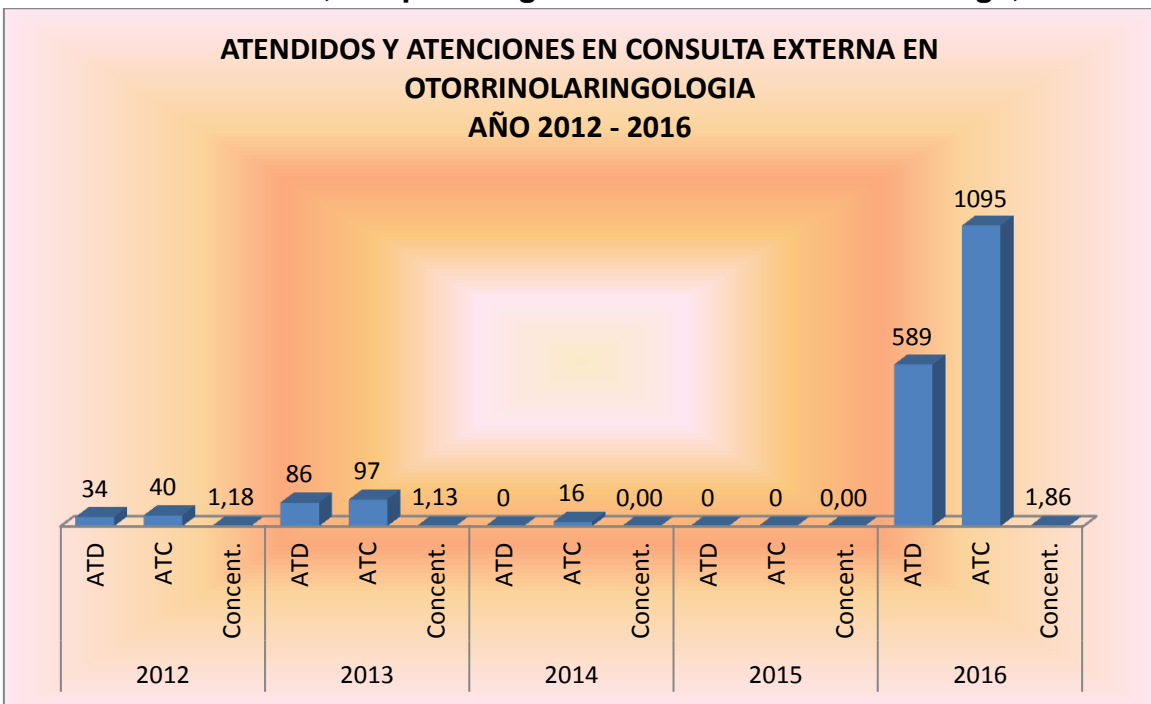
**Atendidos y Atenciones en PSICOPROFILAXIS - Consulta Externa, Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, 2016**



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

La demanda en Psicoprofilaxis en consulta externa para el año 2016 fue de 1139 atenciones, de todas las madres referidas para el procedimiento.

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



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

La especialidad de otorrinolaringología en consulta externa para el año 2016 se tuvo 1095 atenciones 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, 2016**

**A  
S  
I  
S  
  
2  
0  
1  
6**

ATENDIDOS Y ATENCIONES POR GRUPOS DE EDAD EN MEDICINA -2016				
GRUPO ETAREO	ATENDIDOS	%	ATENCIONES	%
<1a	9	0,74	16	0,53
1-4a	2	0,16	3	0,10
5-9a	5	0,41	15	0,49
10-14a	10	0,82	30	0,99
15-19a	96	7,86	171	5,63
20-24a	152	12,44	312	10,26
25-29a	120	9,82	276	9,08
30-34a	88	7,20	231	7,60
35-39a	95	7,77	256	8,42
40-44a	91	7,45	218	7,17
45-49a	88	7,20	217	7,14
50-54a	95	7,77	244	8,03
55-59a	71	5,81	208	6,84
60-64a	71	5,81	159	5,23
65a+	229	18,74	684	22,50
<b>Total General</b>	<b>1222</b>	<b>100</b>	<b>3040</b>	<b>100</b>

Fuente.: Estadística – HRGDV -2016

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 2016; se cuenta con 01 consultorio físico, las atenciones registradas en el Sistema HIS fueron un total de 3040 atenciones siendo el de mayor predominio; la edad que más acudió fue mayor de 65 años, con un total de 684 con un (22.50%) atenciones, seguido de la edad de 20 a 24 años a más, con 312 casos con un (10.26%) y como tercera edad fue 35 a 39 con 256 casos con un porcentaje de (9.08%).

**Atendidos y Atenciones por grupos de edad en Especialidad de  
 Gastroenterología - Consulta Externa, Hospital Regional Guillermo Díaz De  
 La Vega, 2016**

ATENDIDOS Y ATENCIONES POR GRUPOS DE EDAD EN GASTROENTEROLOGÍA -2016				
GRUPO ETAREO	ATENDIDOS	%	ATENCIONES	%
<1a	3	0,38	4	0,28
1-4a	2	0,26	3	0,21
5-9a	1	0,13	4	0,28
10-14a	12	1,53	24	1,71
15-19a	39	4,99	60	4,26
20-24a	77	9,85	133	9,45
25-29a	60	7,67	115	8,17
30-34a	65	8,31	113	8,03
35-39a	66	8,44	114	8,10
40-44a	78	9,97	120	8,53
45-49a	76	9,72	159	11,30
50-54a	83	10,61	145	10,31
55-59a	53	6,78	110	7,82
60-64a	28	3,58	57	4,05
65a+	139	17,77	246	17,48
<b>Total General</b>	<b>782</b>	<b>100</b>	<b>1407</b>	<b>100</b>

Fuente.: Estadística – HRGDV -2016

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, 2016; se cuenta con 01 consultorio físico y contamos con 2 médicos especialistas, las atenciones registradas en el Sistema HIS fueron un total de 1407 atenciones siendo el de mayor predominio de atenciones la edad mayor de 65 años con 246 casos con un porcentaje de (17.48%), seguido de la edad de 45 a 49 años a mas con (11.30%).

**Atendidos y Atenciones por grupo de edad en Especialidad de Cardiología - Consulta Externa, Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, 2016**

ATENDIDOS Y ATENCIONES POR GRUPOS DE EDAD EN CARDIOLOGÍA -2016				
GRUPO ETAREO	ATENDIDOS	%	ATENCIONES	%
<1a	40	2,14	71	2,34
1-4a	21	1,13	38	1,25
5-9a	38	2,04	51	1,68
10-14a	39	2,09	57	1,88
15-19a	106	5,68	113	3,73
20-24a	180	9,65	200	6,60
25-29a	135	7,24	147	4,85
30-34a	135	7,24	169	5,58
35-39a	124	6,65	150	4,95
40-44a	108	5,79	141	4,66
45-49a	98	5,25	142	4,69
50-54a	124	6,65	164	5,41
55-59a	100	5,36	159	5,25
60-64a	104	5,58	193	6,37
65a+	513	27,51	1234	40,74
<b>Total General</b>	<b>1865</b>	<b>100</b>	<b>3029</b>	<b>100</b>

Fuente: Estadística – HRGDV -2016  
 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, 2016; se cuenta con 01 consultorio físico y un especialista, las atenciones registradas en el Sistema HIS fueron un total de 3029 atenciones; el grupo de edad con mayor número de atenciones fueron los mayores a 65 años con (40.74%) de edad; seguido de la edad de 20 a 24 años con 200 casos con un (6.60%).

**Atendidos y Atenciones por grupo de edad en Endocrinología - Consulta Externa, Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, 2016.**

ATENDIDOS Y ATENCIONES POR GRUPOS DE EDAD EN ENDOCRINOLOGÍA -2016				
GRUPO ETAREO	ATENDIDOS	%	ATENCIONES	%
<1a	7	1,00	11	0,64
1-4a	3	0,43	5	0,29
5-9a	14	2,01	31	1,82
10-14a	23	3,30	37	2,17
15-19a	31	4,45	65	3,81
20-24a	37	5,31	69	4,04
25-29a	36	5,16	88	5,16
30-34a	36	5,16	83	4,86
35-39a	45	6,46	91	5,33
40-44a	52	7,46	157	9,20
45-49a	57	8,18	141	8,26
50-54a	63	9,04	148	8,67
55-59a	69	9,90	189	11,07
60-64a	58	8,32	158	9,26
65a+	166	23,82	434	25,42
<b>Total General</b>	<b>697</b>	<b>100,00</b>	<b>1707</b>	<b>100,00</b>

Fuente.: Estadística – HRGDV -2016  
 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 2016; se cuenta con 01 consultorio físico y un especialista, las atenciones registradas en el Sistema HIS fueron un total de 1707 atenciones el de mayor predominio fueron los mayores 40 a mayores de 65 años que acuden al consultorio de endocrinología.

**Atendidos y Atenciones por grupos de edad y sexo en Especialidad de Medicina Interna - Consulta Externa, Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, 2016.**

ATENDIDOS Y ATENCIONES POR GRUPOS DE EDAD EN MEDICINA INTERNA -2016				
GRUPO ETAREO	ATENDIDOS	%	ATENCIONES	%
<1a	2	0,44	8	0,67
1-4a	0	0,00	1	0,08
5-9a	1	0,22	3	0,25
10-14a	4	0,87	11	0,92
15-19a	32	6,99	79	6,62
20-24a	65	14,19	146	12,23
25-29a	44	9,61	100	8,38
30-34a	39	8,52	95	7,96
35-39a	32	6,99	87	7,29
40-44a	23	5,02	70	5,86
45-49a	31	6,77	83	6,95
50-54a	31	6,77	98	8,21
55-59a	25	5,46	66	5,53
60-64a	21	4,59	61	5,11
65a+	108	23,58	286	23,95
<b>Total General</b>	<b>458</b>	<b>100,00</b>	<b>1194</b>	<b>100,00</b>

Fuente.: Estadística – HRGDV -2016  
 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 2016; cuenta con 01 consultorio físico contamos con 4 especialistas, las atenciones registradas en el Sistema HIS fueron un total de 1194 atenciones con (23.95%), seguido de la edad de 20 a24 años con un (12.23%).

**Atendidos y Atenciones por grupos de edad en Rehabilitación y Medicina Física - Consulta Externa, Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, 2016.**

ATENDIDOS Y ATENCIONES POR GRUPOS DE EDAD EN MEDICINA REHABILITACIÓN DE LA UNIDAD MOTORA Y DOLOR -2016				
GRUPO ETAREO	ATENDIDOS	%	ATENCIONES	%
<1 a	22	3,44	169	2,02
1-4a	37	5,79	441	5,27
5-9a	30	4,69	202	2,41
10-14a	30	4,69	135	1,61
15-19a	36	5,63	461	5,51
20-24a	50	7,82	566	6,76
25-29a	45	7,04	470	5,62
30-34a	41	6,42	583	6,97
35-39a	35	5,48	571	6,82
40-44a	38	5,95	550	6,57
45-49a	52	8,14	688	8,22
50-54a	42	6,57	856	10,23
55-59a	45	7,04	603	7,21
60-64a	36	5,63	536	6,41
65a+	100	15,65	1536	18,36
<b>Total General</b>	<b>639</b>	<b>100,00</b>	<b>8367</b>	<b>100,00</b>

Fuente.: Estadística – HRGDV -2016  
 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 2016; se cuenta con 01 consultorio físico; para este año se incrementaron enormemente la atención registrada en el Sistema HIS fueron un total de 8367 atenciones; los grupos de edad que acudieron fueron a partir de los 20 años a mas años de edad.

**Atendidos y Atenciones por grupos de edad en Estrategia Sanitaria de Tuberculosis - Consulta Externa, Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, 2016.**

**A  
S  
I  
S  
  
2  
0  
1  
6**

ATENDIDOS Y ATENCIONES POR GRUPOS DE EDAD EN Estrategia Sanitaria de Tuberculosis -2016				
GRUPO ETAREO	ATENDIDOS	%	ATENCIONES	%
<1 a	2	0,50	3	0,33
1-4a	1	0,25	6	0,67
5-9a	8	1,99	19	2,12
10-14a	5	1,24	13	1,45
15-19a	26	6,47	68	7,58
20-24a	29	7,21	75	8,36
25-29a	32	7,96	78	8,70
30-34a	24	5,97	49	5,46
35-39a	33	8,21	68	7,58
40-44a	29	7,21	61	6,80
45-49a	27	6,72	63	7,02
50-54a	30	7,46	60	6,69
55-59a	20	4,98	49	5,46
60-64a	26	6,47	53	5,91
65a+	110	27,36	232	25,86
<b>Total General</b>	<b>402</b>	<b>100,00</b>	<b>897</b>	<b>100,00</b>

Fuente.: Estadística – HRGDV -2016  
 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 2016; cuenta con 01 consultorio físico, las atenciones registradas en el Sistema HIS fueron un total de 897 atenciones de casos probables y confirmados siendo el de mayor predominio los mayores de 65 años de edad.

**Atendidos y Atenciones por grupo de edad en Psicología - Consulta Externa, Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, 2016.**

ATENDIDOS Y ATENCIONES POR GRUPOS DE EDAD EN PSICOLOGÍA -2016				
GRUPO ETAREO	ATENDIDOS	%	ATENCIONES	%
<1 a	38	2,57	40	1,86
1-4a	67	4,53	85	3,96
5-9a	83	5,61	145	6,75
10-14a	102	6,90	209	9,73
15-19a	268	18,12	385	17,93
20-24a	268	18,12	360	16,77
25-29a	207	14,00	274	12,76
30-34a	131	8,86	209	9,73
35-39a	106	7,17	140	6,52
40-44a	62	4,19	96	4,47
45-49a	35	2,37	53	2,47
50-54a	14	0,95	20	0,93
55-59a	14	0,95	28	1,30
60-64a	9	0,61	13	0,61
65a+	75	5,07	90	4,19
<b>Total General</b>	<b>1479</b>	<b>100,00</b>	<b>2147</b>	<b>100,00</b>

Fuente.: Estadística – HRGDV -2016  
 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, 2016; cuenta con 01 consultorio físico, las atenciones registradas en el Sistema HIS fueron un total de 2147 atenciones se observa que los grupos de edad que más concurren son a partir de los 10 años a 39 años; seguido de la edad de 40 a más años de edad.

**Atendidos y Atenciones por grupo de edad en PSIQUIATRÍA - Consulta Externa, Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, 2016.**

ATENDIDOS Y ATENCIONES POR GRUPOS DE EDAD EN PSIQUIATRÍA -2016				
GRUPO ETAREO	ATENDIDOS	%	ATENCIONES	%
<1 a	2	0,68	2	0,35
1 -4a	1	0,34	1	0,17
5 -9a	2	0,68	2	0,35
10-14a	14	4,78	31	5,36
15-19a	31	10,58	55	9,52
20-24a	39	13,31	76	13,15
25-29a	37	12,63	62	10,73
30-34a	25	8,53	71	12,28
35-39a	20	6,83	41	7,09
40-44a	24	8,19	43	7,44
45-49a	22	7,51	48	8,30
50-54a	13	4,44	38	6,57
55-59a	14	4,78	36	6,23
60-64a	6	2,05	9	1,56
65a+	43	14,68	63	10,90
<b>Total General</b>	<b>293</b>	<b>100,00</b>	<b>578</b>	<b>100,00</b>

Fuente.: Estadística – HRGDV -2016  
 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, 2016; cuenta con 01 consultorio físico, las atenciones registradas en el Sistema HIS fueron un total de 578 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, 2016**

**A  
S  
I  
S  
  
2  
0  
1  
6**

ATENDIDOS Y ATENCIONES POR GRUPOS DE EDAD EN CIRUGÍA -2016				
GRUPO ETAREO	ATENDIDOS	%	ATENCIONES	%
<1 a	28	3,30	47	1,92
1-4a	31	3,66	63	2,58
5-9a	34	4,01	83	3,39
10-14a	42	4,95	77	3,15
15-19a	55	6,49	120	4,91
20-24a	81	9,55	221	9,04
25-29a	57	6,72	146	5,97
30-34a	52	6,13	176	7,20
35-39a	52	6,13	192	7,85
40-44a	60	7,08	174	7,11
45-49a	61	7,19	164	6,70
50-54a	55	6,49	182	7,44
55-59a	44	5,19	163	6,66
60-64a	46	5,42	149	6,09
65a+	150	17,69	489	19,99
<b>Total General</b>	<b>848</b>	<b>100,00</b>	<b>2446</b>	<b>100,00</b>

Fuente.: Estadística – HRGDV -2016  
 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, 2016; se atendieron 2446 y la edad que más acudió fueron los mayores de 65 años con 489 casos.

**Atendidos y Atenciones por grupo de edad en Especialidad de Traumatología- Consulta Externa, Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, 2016**

ATENDIDOS Y ATENCIONES POR GRUPOS DE EDAD EN TRAUMATOLOGÍA -2016				
GRUPO ETAREO	ATENDIDOS	%	ATENCIONES	%
<1 a	21	2,26	78	2,08
1-4a	46	4,96	159	4,24
5-9a	30	3,23	141	3,76
10-14a	36	3,88	172	4,59
15-19a	49	5,28	211	5,63
20-24a	87	9,38	303	8,08
25-29a	56	6,03	258	6,88
30-34a	56	6,03	209	5,57
35-39a	53	5,71	193	5,15
40-44a	62	6,68	244	6,50
45-49a	65	7,00	245	6,53
50-54a	71	7,65	338	9,01
55-59a	73	7,87	276	7,36
60-64a	59	6,36	255	6,80
65a+	164	17,67	669	17,84
<b>Total General</b>	<b>928</b>	<b>100,00</b>	<b>3751</b>	<b>100,00</b>

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

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

Los Atendidos y Atenciones por grupo de edad y sexo en Especialidad de Traumatología - Consulta Externa, Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, 2016; se cuenta con 01 ambiente compartido con Cirugía consultorio físico, las atenciones registradas en el Sistema HIS fueron un total de 5731 atenciones los mayores de 65 años los más concurrentes.

**Atendidos y Atenciones por grupo de edad en la Especialidad de Urología - Consulta Externa, Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, 2016.**

ATENDIDOS Y ATENCIONES POR GRUPOS DE EDAD EN UROLOGÍA -2016				
GRUPO ETAREO	ATENDIDOS	%	ATENCIONES	%
<1 a	10	1,57	16	0,90
1-4a	25	3,92	52	2,92
5-9a	23	3,61	55	3,09
10-14a	8	1,25	22	1,23
15-19a	21	3,29	44	2,47
20-24a	42	6,58	89	4,99
25-29a	34	5,33	64	3,59
30-34a	45	7,05	86	4,83
35-39a	44	6,90	99	5,56
40-44a	39	6,11	99	5,56
45-49a	31	4,86	72	4,04
50-54a	38	5,96	94	5,27
55-59a	42	6,58	130	7,30
60-64a	43	6,74	147	8,25
65a+	193	30,25	713	40,01
<b>Total General</b>	<b>638</b>	<b>100,00</b>	<b>1782</b>	<b>100,00</b>

Fuente.: Estadística – HRGDV -2016  
 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, 2016; cuenta con 01 consultorio físico, las atenciones registradas en el Sistema HIS fueron un total de 1782 atenciones mayormente acudieron los mayores de 65 años a más.

**DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA Y NEONATOLOGÍA DISTRIBUCIÓN POR GRUPOS DE EDAD**

**Atendidos y Atenciones por grupo de edad en Pediatría - Consulta Externa, Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, 2016**

**A  
S  
I  
S  
  
2  
0  
1  
6**

ATENDIDOS Y ATENCIONES POR GRUPOS DE EDAD EN PEDIATRÍA -2016				
GRUPO ETAREO	ATENDIDOS	%	ATENCIONES	%
<1 a	166	33,67	400	28,59
1-4a	150	30,43	464	33,17
5-9a	97	19,68	306	21,87
10-14a	70	14,20	177	12,65
15-19a	2	0,41	9	0,64
20-24a	2	0,41	8	0,57
25-29a	0	0,00	4	0,29
30-34a	0	0,00	3	0,21
35-39a	1	0,20	4	0,29
40-44a	1	0,20	7	0,50
45-49a	1	0,20	2	0,14
50-54a	1	0,20	6	0,43
55-59a	0	0,00	1	0,07
60-64a	0	0,00	0	0,00
65a+	2	0,41	8	0,57
<b>Total General</b>	<b>493</b>	<b>100,00</b>	<b>1399</b>	<b>100,00</b>

Fuente.: Estadística – HRGDV -2016  
 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 2016; cuenta con 01 consultorio físico contamos con 4 especialistas, las atenciones registradas en el Sistema HIS fueron un total de 1399 atenciones los que concurren mayormente fueron del grupo de edad de 1 a 4 años con 464 atenciones. La atención en nuestra institución se realizó mayormente en las mañanas a falta de especialistas.

**Atendidos y Atenciones por grupos de edad en Estrategia Inmunización - Consulta Externa, Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, 2016.**

ATENDIDOS Y ATENCIONES POR GRUPOS DE EDAD EN INMUNIZACIONES -2016				
GRUPO ETAREO	ATENDIDOS	%	ATENCIONES	%
<1 a	1676	62,05	1703	51,95
1-4a	26	0,96	41	1,25
5-9a	20	0,74	29	0,88
10-14a	41	1,52	51	1,56
15-19a	71	2,63	82	2,50
20-24a	153	5,66	232	7,08
25-29a	167	6,18	238	7,26
30-34a	105	3,89	180	5,49
35-39a	98	3,63	177	5,40
40-44a	75	2,78	137	4,18
45-49a	66	2,44	118	3,60
50-54a	54	2,00	88	2,68
55-59a	40	1,48	64	1,95
60-64a	36	1,33	47	1,43
65a+	73	2,70	91	2,78
<b>Total General</b>	<b>2701</b>	<b>100,00</b>	<b>3278</b>	<b>100,00</b>

Fuente.: Estadística – HRGDV -2016  
 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 2016; 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 3278 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, 2016.

ATENDIDOS Y ATENCIONES POR GRUPOS DE EDAD EN GINECOBSTETRICIA -2016				
GRUPO ETAREO	ATENDIDOS	%	ATENCIONES	%
<1 a	13	0,65	20	0,51
1-4a	6	0,30	8	0,21
5-9a	12	0,60	14	0,36
10-14a	26	1,30	36	0,92
15-19a	196	9,78	343	8,80
20-24a	393	19,60	673	17,27
25-29a	402	20,05	693	17,78
30-34a	233	11,62	520	13,34
35-39a	198	9,88	420	10,78
40-44a	162	8,08	397	10,19
45-49a	129	6,43	303	7,78
50-54a	88	4,39	185	4,75
55-59a	56	2,79	126	3,23
60-64a	28	1,40	58	1,49
65a+	63	3,14	101	2,59
<b>Total General</b>	<b>2005</b>	<b>100,00</b>	<b>3897</b>	<b>100,00</b>

Fuente.: Estadística – HRGDV -2016  
 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 2016; cuenta con 01 consultorio físico, las atenciones registradas en el Sistema HIS fueron un total de 3897 atenciones, mayormente acudieron el grupo de edad de 25 a 29 años con 693 atenciones.



**Atendidos y Atenciones por grupos de edad en Planificación Familiar -  
 Consulta Externa, Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, 2016.**

ATENDIDOS Y ATENCIONES POR GRUPOS DE EDAD EN PLANIFICACION FAMILIAR -2016				
GRUPO ETAREO	ATENDIDOS	%	ATENCIONES	%
<1 a	0	0,00	0	0,00
1 -4a	0	0,00	0	0,00
5 -9a	0	0,00	0	0,00
10-14a	48	1,77	59	1,61
15-19a	384	14,13	448	12,24
20-24a	702	25,83	901	24,62
25-29a	588	21,63	821	22,43
30-34a	422	15,53	593	16,20
35-39a	322	11,85	463	12,65
40-44a	168	6,18	242	6,61
45-49a	51	1,88	76	2,08
50-54a	12	0,44	24	0,66
55-59a	9	0,33	12	0,33
60-64a	6	0,22	10	0,27
65a+	6	0,22	11	0,30
<b>Total General</b>	<b>2718</b>	<b>100,00</b>	<b>3660</b>	<b>100,00</b>

Fuente.: Estadística – HRGDV -2016  
 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 2016; cuenta con 01 consultorio físico, las atenciones registradas en el Sistema HIS fueron un total de 3660 atenciones el grupo de edad que más acudió fue de 25 a 29 años con 821 atenciones.

**Atendidos y Atenciones por grupo de edad en Odontología - Consulta  
 Externa, Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, 2016.**

ATENDIDOS Y ATENCIONES POR GRUPOS DE EDAD EN ODONTOLOGÍA -2016				
GRUPO ETAREO	ATENDIDOS	%	ATENCIONES	%
<1 a	6	1,45	11	1,24
1 -4a	29	7,02	71	8,00
5 -9a	39	9,44	93	10,48
10-14a	29	7,02	57	6,43
15-19a	42	10,17	111	12,51
20-24a	51	12,35	122	13,75
25-29a	29	7,02	63	7,10
30-34a	27	6,54	49	5,52
35-39a	25	6,05	46	5,19
40-44a	29	7,02	56	6,31
45-49a	21	5,08	35	3,95
50-54a	18	4,36	32	3,61
55-59a	15	3,63	21	2,37
60-64a	147	35,59	43	4,85
65a+	36	8,72	77	8,68
<b>Total General</b>	<b>413</b>	<b>100,00</b>	<b>887</b>	<b>100,00</b>

Fuente.: Estadística – HRGDV -2016  
 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, 2016; se cuenta con 02 consultorios físicos, las atenciones registradas en el Sistema HIS fueron

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

total de 887 atenciones siendo el de mayor predominio de atenciones del grupo de edad de 20 a 24 atenciones.

**Atendidos y Atenciones por grupo de edad en la Especialidad de Oftalmología - Consulta Externa, Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, 2016.**

ATENDIDOS Y ATENCIONES POR GRUPOS DE EDAD EN OFTALMOLOGÍA -2016				
GRUPO ETAREO	ATENDIDOS	%	ATENCIONES	%
<1 a	59	6,11	81	6,05
1 -4a	39	4,04	59	4,41
5 -9a	53	5,49	68	5,08
10-14a	65	6,73	75	5,60
15-19a	51	5,28	57	4,26
20-24a	52	5,38	66	4,93
25-29a	44	4,55	59	4,41
30-34a	47	4,87	65	4,85
35-39a	34	3,52	44	3,29
40-44a	52	5,38	72	5,38
45-49a	66	6,83	88	6,57
50-54a	62	6,42	83	6,20
55-59a	53	5,49	73	5,45
60-64a	46	4,76	73	5,45
65a+	243	25,16	376	28,08
<b>Total General</b>	<b>966</b>	<b>100,00</b>	<b>1339</b>	<b>100,00</b>

Fuente.: Estadística – HRGDV -2016  
 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, 2016; cuenta con 02 consultorio físicos, las atenciones registradas en el Sistema HIS fueron un total de 1339 atenciones el grupo de edad con mayor frecuencia de atenciones fueron los mayores de 65 años con 376 atenciones.

**Atendidos y Atenciones por grupos de edad en Neurología - Consulta Externa, Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, 2016.**

ATENDIDOS Y ATENCIONES POR GRUPOS DE EDAD EN NEUROLOGÍA -2016				
GRUPO ETAREO	ATENDIDOS	%	ATENCIONES	%
<1 a	20	2,23	40	1,50
1 -4a	38	4,24	94	3,52
5 -9a	35	3,91	101	3,78
10-14a	29	3,24	91	3,40
15-19a	74	8,26	183	6,85
20-24a	81	9,04	254	9,50
25-29a	71	7,92	191	7,15
30-34a	59	6,58	181	6,77
35-39a	58	6,47	161	6,02
40-44a	65	7,25	213	7,97
45-49a	56	6,25	194	7,26
50-54a	53	5,92	166	6,21
55-59a	57	6,36	176	6,58
60-64a	32	3,57	109	4,08
65a+	168	18,75	519	19,42
<b>Total General</b>	<b>896</b>	<b>100,00</b>	<b>2673</b>	<b>100,00</b>

Fuente.: Estadística – HRGDV -2016  
 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 2016; cuenta con 01 consultorio físico y contamos con un especialista, las atenciones registradas en el Sistema HIS fueron un total de 2673 atenciones. El grupo de edad que más acudió fueron los mayores de 65 años con 519 casos.

**Atendidos y Atenciones por grupos de edad en Dermatología - Consulta Externa, Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, 2016.**

**A  
S  
I  
S  
  
2  
0  
1  
6**

ATENDIDOS Y ATENCIONES POR GRUPOS DE EDAD EN DERMATOLOGÍA -2016				
GRUPO ETAREO	ATENDIDOS	%	ATENCIONES	%
<1 a	20	5,36	21	5,11
1-4a	38	10,19	40	9,73
5-9a	22	5,90	25	6,08
10-14a	20	5,36	23	5,60
15-19a	34	9,12	38	9,25
20-24a	44	11,80	50	12,17
25-29a	24	6,43	26	6,33
30-34a	32	8,58	36	8,76
35-39a	23	6,17	24	5,84
40-44a	22	5,90	25	6,08
45-49a	15	4,02	16	3,89
50-54a	15	4,02	16	3,89
55-59a	18	4,83	18	4,38
60-64a	11	2,95	12	2,92
65a+	35	9,38	41	9,98
<b>Total General</b>	<b>373</b>	<b>100,00</b>	<b>411</b>	<b>100,00</b>

Fuente.: Estadística – HRGDV -2016  
 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 2016; cuenta con 01 consultorio físico y contamos con un especialista, las atenciones registradas en el Sistema HIS fueron un total de 411 con predominio. El grupo de edad que más acudió fue de 20 a 64 años con 50 casos.

**Atendidos y Atenciones por grupos de edad en COLPOSCOPIA - Consulta Externa, Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, 2016.**

ATENDIDOS Y ATENCIONES POR GRUPOS DE EDAD EN COLPOSCOPIA -2016				
GRUPO ETAREO	ATENDIDOS	%	ATENCIONES	%
<1 a	0	0,00	0	0,00
1-4a	0	0,00	0	0,00
5-9a	0	0,00	0	0,00
10-14a	0	0,00	0	0,00
15-19a	3	2,11	6	1,76
20-24a	10	7,04	20	5,87
25-29a	19	13,38	46	13,49
30-34a	23	16,20	62	18,18
35-39a	23	16,20	58	17,01
40-44a	19	13,38	47	13,78
45-49a	20	14,08	39	11,44
50-54a	15	10,56	27	7,92
55-59a	4	2,82	13	3,81
60-64a	5	3,52	14	4,11
65a+	1	0,70	9	2,64
<b>Total General</b>	<b>142</b>	<b>100,00</b>	<b>341</b>	<b>100,00</b>

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

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

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 2016; cuenta con 01 consultorio físico y contamos con un especialista, las atenciones registradas en el Sistema HIS fueron un total de 341. El grupo de edad que más acudió fue de 30 a 34 años con 62 casos.

**Atendidos y Atenciones por grupos de edad en ENFERMERIA - Consulta Externa, Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, 2016.**

ATENDIDOS Y ATENCIONES POR GRUPOS DE EDAD EN ENFERMERIA -2016				
GRUPO ETAREO	ATENDIDOS	%	ATENCIONES	%
<1a	31	4,55	37	2,01
1-4a	3	0,44	7	0,38
5-9a	18	2,64	52	2,82
10-14a	17	2,49	40	2,17
15-19a	49	7,18	130	7,06
20-24a	64	9,38	161	8,75
25-29a	45	6,60	139	7,55
30-34a	40	5,87	157	8,53
35-39a	40	5,87	132	7,17
40-44a	37	5,43	116	6,30
45-49a	45	6,60	103	5,59
50-54a	42	6,16	115	6,25
55-59a	40	5,87	116	6,30
60-64a	47	6,89	109	5,92
65a+	164	24,05	427	23,19
<b>Total General</b>	<b>682</b>	<b>100,00</b>	<b>1841</b>	<b>100,00</b>

Fuente.: Estadística – HRGDV -2016  
 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 2016; cuenta con 01 consultorio físico y contamos con un especialista, las atenciones registradas en el Sistema HIS fueron un total de 1841. El grupo de edad que más acudió fue de 65 a más años con 427 casos.

**Atendidos y Atenciones por grupos de edad en PSICOPROFILAXIS - Consulta Externa, Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, 2016.**

ATENDIDOS Y ATENCIONES POR GRUPOS DE EDAD EN PSICOPROFILAXIS -2016				
GRUPO ETAREO	ATENDIDOS	%	ATENCIONES	%
<1a	0	0,00	0	0,00
1-4a	0	0,00	0	0,00
5-9a	0	0,00	0	0,00
10-14a	3	1,75	14	1,37
15-19a	29	16,96	182	17,84
20-24a	52	30,41	292	28,63
25-29a	36	21,05	237	23,24
30-34a	29	16,96	139	13,63
35-39a	15	8,77	94	9,22
40-44a	6	3,51	61	5,98
45-49a	0	0,00	0	0,00
50-54a	0	0,00	0	0,00
55-59a	0	0,00	0	0,00
60-64a	0	0,00	0	0,00
65a+	1	0,58	1	0,10
<b>Total General</b>	<b>171</b>	<b>100,00</b>	<b>1020</b>	<b>100,00</b>

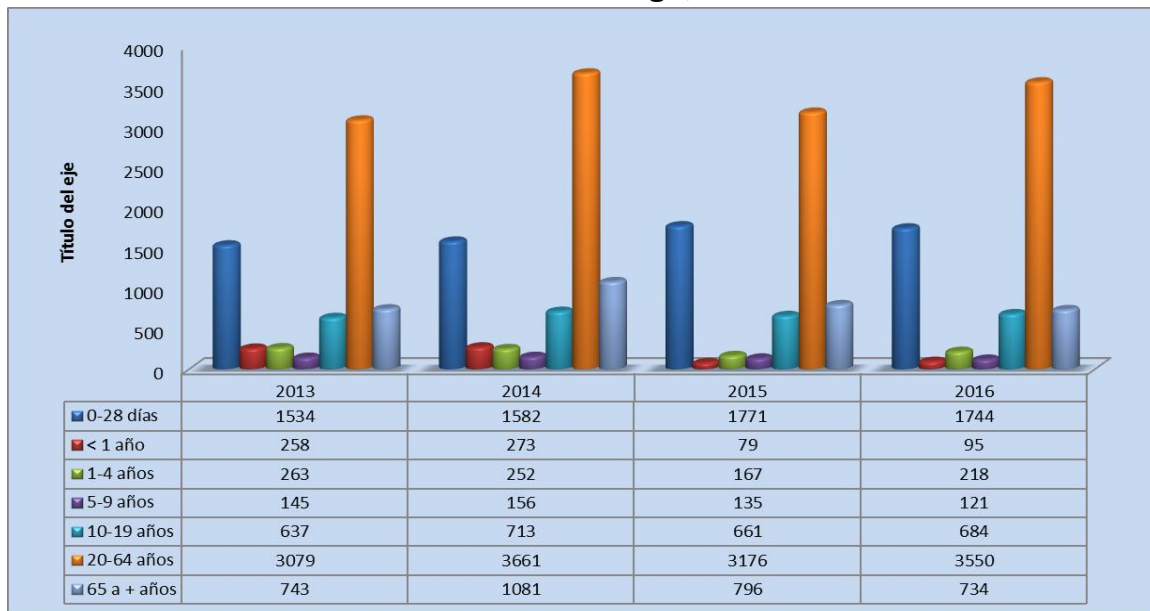
Fuente.: Estadística – HRGDV -2016 Elaborado por la Unidad de Epidemiología

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 2016; cuenta con 01 consultorio físico; las atenciones registradas en el Sistema HIS fueron un total de 1020. El grupo de edad que más acudió fue de 20 a 24 años con 292 casos. Contando con personal de obstetricia para esta actividad en los diferentes turnos. Las madres gestantes acuden todavía al Hospital Referencial a la atención debiéndose enfatizar en los establecimientos de Primer nivel de atención.

**A  
S  
I  
S  
  
2  
0  
1  
6**

**EGRESOS HOSPITALARIOS EN GENERAL Y POR SERVICIOS.**

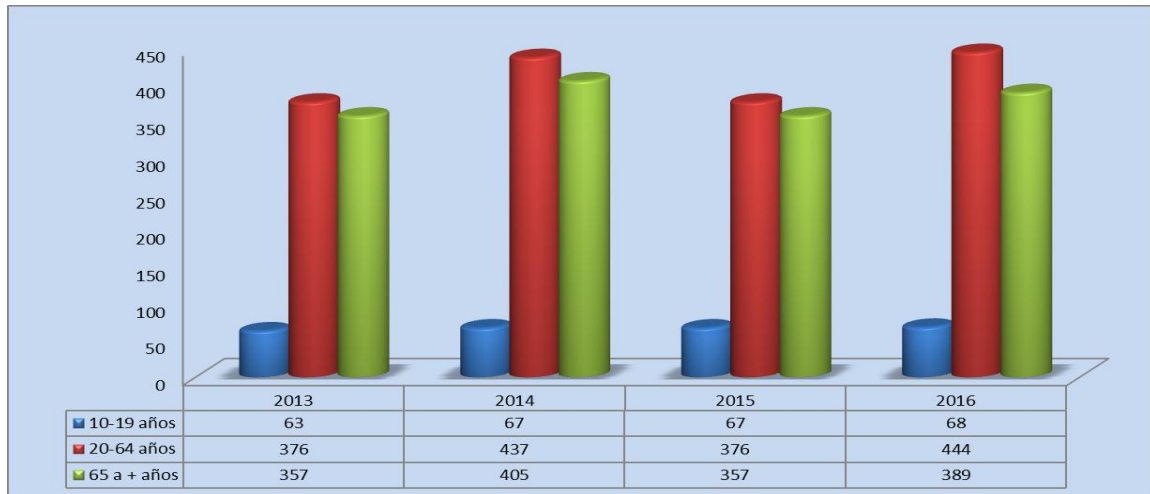
**Egresos Hospitalarios en General por grupos de edad, Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, 2013 al 2016**



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

Los egresos Hospitalarios del año 2013 al 2016; la tendencia de ingresos a comparación con los años anteriores incrementa a 7146 egresos, en el año 2015 fue de 6785 egresos, y el año 2014 fue de 7718 egresos.

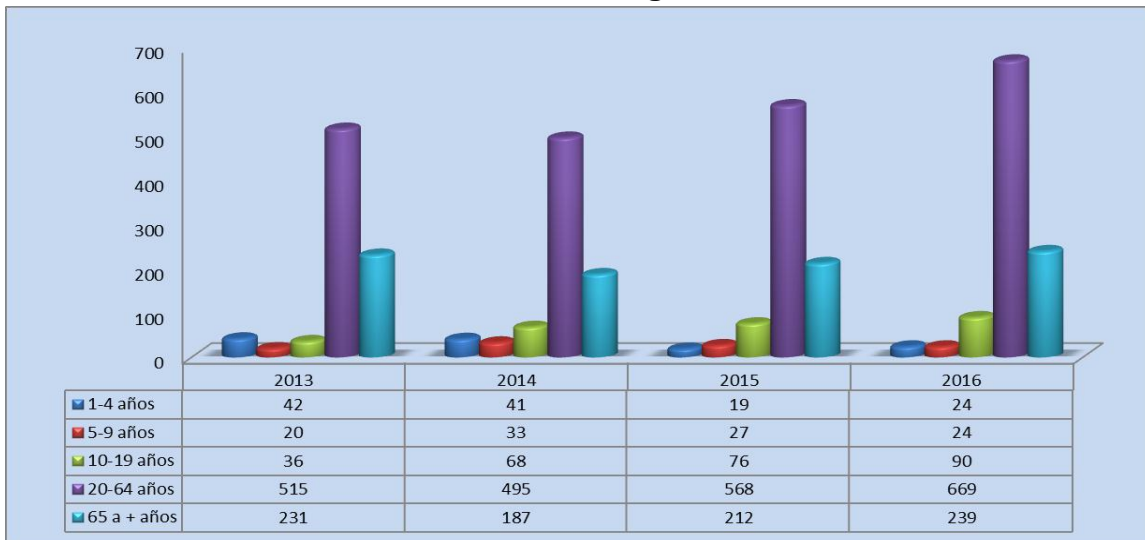
**Egresos Hospitalarios de Medicina General por grupos de edad, Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, del año 2013 al 2016.**



Fuente.: Estadística – HRGDV -2016  
 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 2016; 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 2016 de 901 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.

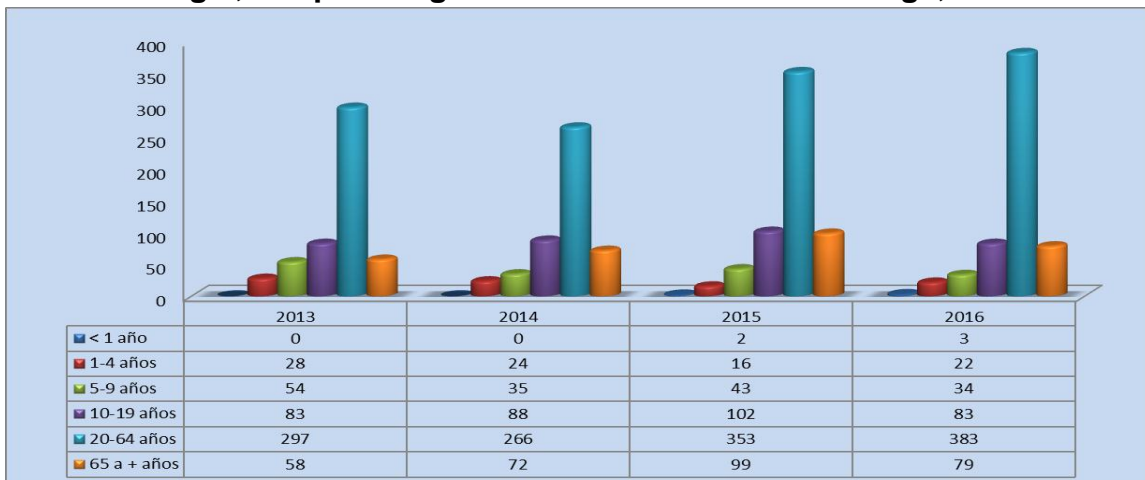
**Egresos Hospitalarios por grupos de edad en Cirugía, Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, 2013 al 2016**



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

Egresos Hospitalarios por grupos de edad en Cirugía, Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, del año 2013 al 2016; al año 2016 se tuvo 1046 egresos; para el año 2015 se tuvieron 902 egresos y para el año 2014 se tuvieron 824 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.

**Egresos Hospitalarios por grupos de edad en Especialidad de Traumatología, Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, 2013 al 2016**



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

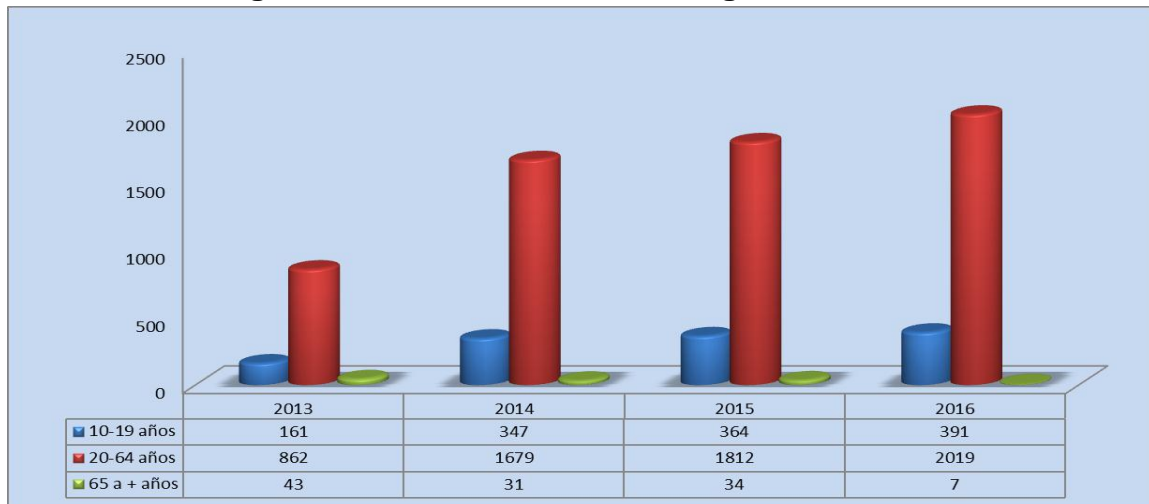
**A  
S  
I  
S  
  
2  
0  
1  
6**



Egresos Hospitalarios por grupos de edad en Traumatología, Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, del año 2013 al 2016; 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.

**Egresos Hospitalarios por grupos de edad en Ginecología, Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, 2013 al 2016**

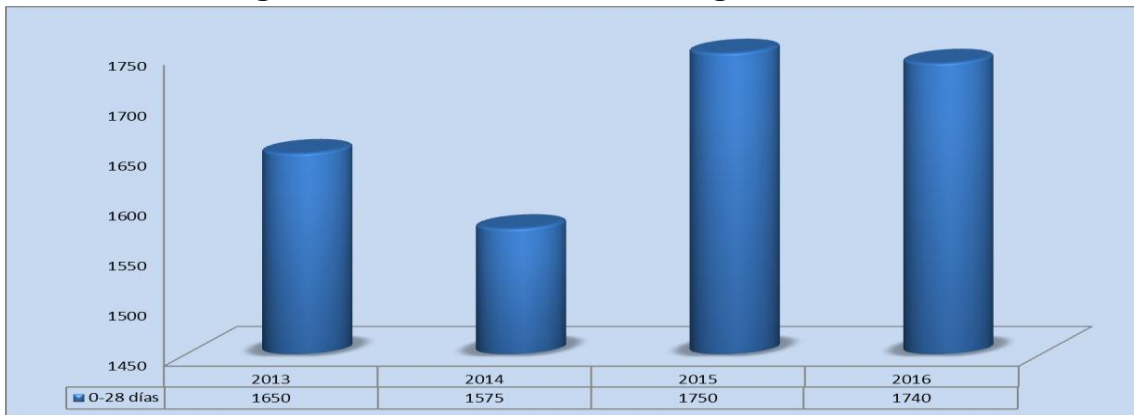


Fuente.: Estadística – HRGDV -2016  
 Elaborado por la Unidad de Epidemiología

Egresos Hospitalarios por grupos de edad y sexo en Ginecología, Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, del año 2013 al 2016; 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.

**Egresos Hospitalarios por grupos de edad en Neonatología, Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, 2013 al 2016**

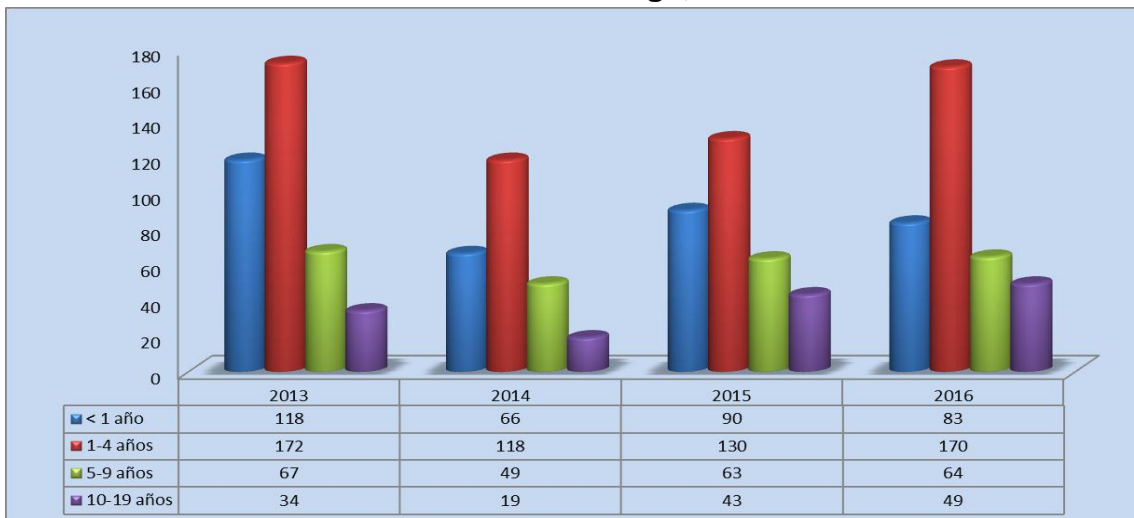


Fuente.: Estadística – HRGDV -2016  
 Elaborado por la Unidad de Epidemiología

Egresos Hospitalarios por grupos de edad Neonatología en, Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, del año 2013 al 2016; 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 2016**



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

**A  
S  
I  
S  
  
2  
0  
1  
6**

Egresos Hospitalarios por grupos de edad en Pediatría, Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, del año 2013 al 2016; 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 50% y otras especialidades.

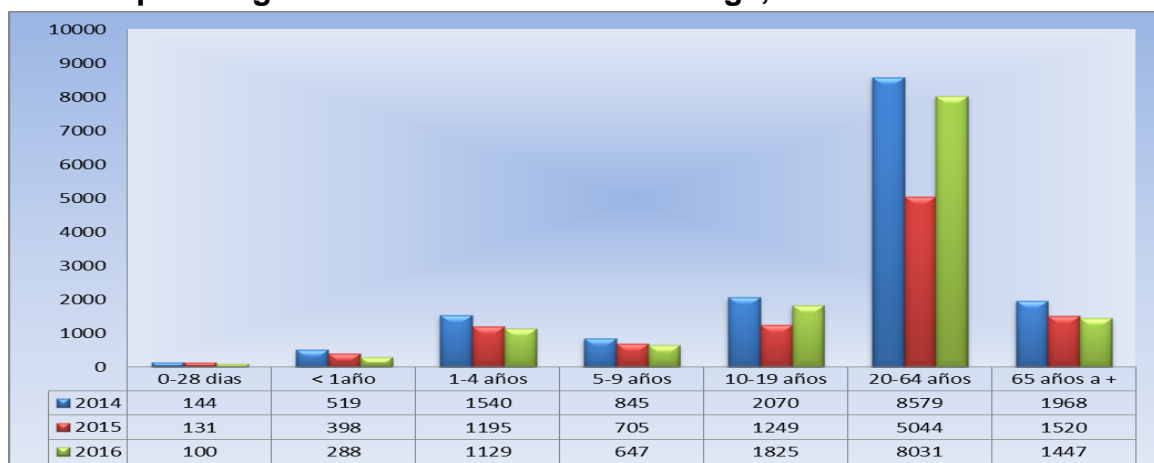
### NUMERO DE ATENCIONES EN EMERGENCIA GENERAL

**Número de atenciones por grupos de edad en Emergencia - General, Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, del año 2014 al 2016.**

NÚMERO DE ATENCIONES EN EMERGENCIA GENERAL						
Grupo Etareo	2014		2015		2016	
	Total	%	Total	%	Total	%
0-28 días	144	0.92	131	0.84	100	0.64
< 1 año	519	3.31	398	2.54	288	1.84
1-4 años	1540	9.83	1195	7.63	1129	7.21
5-9 años	845	5.39	705	4.50	647	4.13
10-19 años	2070	13.21	1249	7.97	1825	11.65
20-64 años	8579	54.77	5044	32.20	8031	51.27
65 años a +	1968	12.56	1520	9.70	1447	9.24
<b>Total general</b>	<b>15665</b>	<b>100.00</b>	<b>10242</b>	<b>65.38</b>	<b>13467</b>	<b>85.97</b>

Fuente.: Estadística – HRGDV -2016  
 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 2016.**



Fuente.: Estadística – HRGDV -2016  
 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 2016; 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.

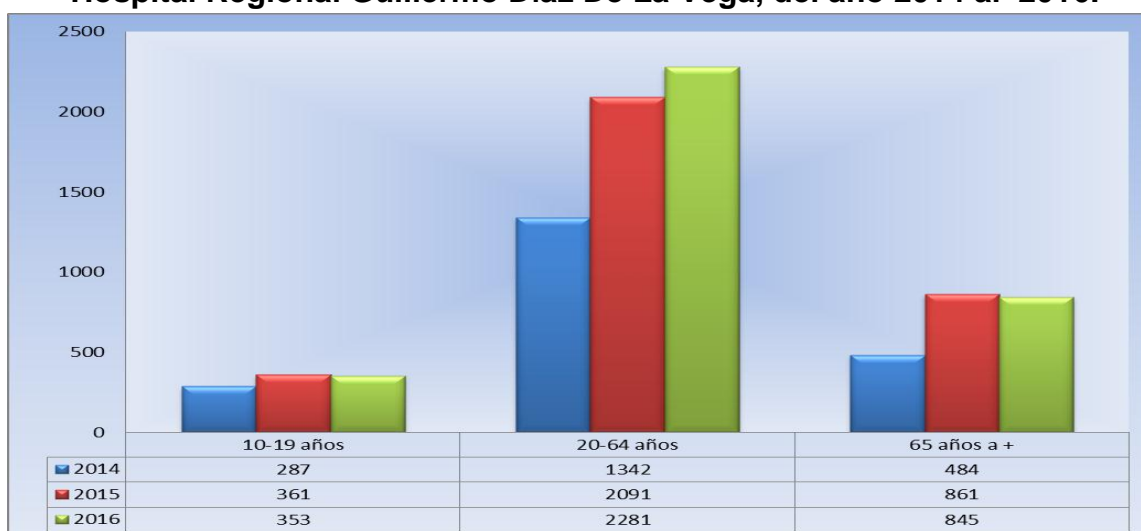
A  
S  
I  
S  
2  
0  
1  
6

**Número de atenciones por grupos de edad de Emergencia en Medicina, Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, del año 2014 al 2016.**

NÚMERO DE ATENCIONES EN EMERGENCIA DE MEDICINA GENERAL						
Grupo Etareo	2014		2015		2016	
	Total	%	Total	%	Total	%
10-19 años	287	13.6	361	10.9	353	10.1
20-64 años	1342	63.5	2091	63.1	2281	65.6
65 años a +	484	22.9	861	26.0	845	24.3
<b>Total General</b>	<b>2113</b>	<b>100.0</b>	<b>3313</b>	<b>100.0</b>	<b>3479</b>	<b>100.0</b>

Fuente.: Estadística – HRGDV -2016  
 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 2016.**



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

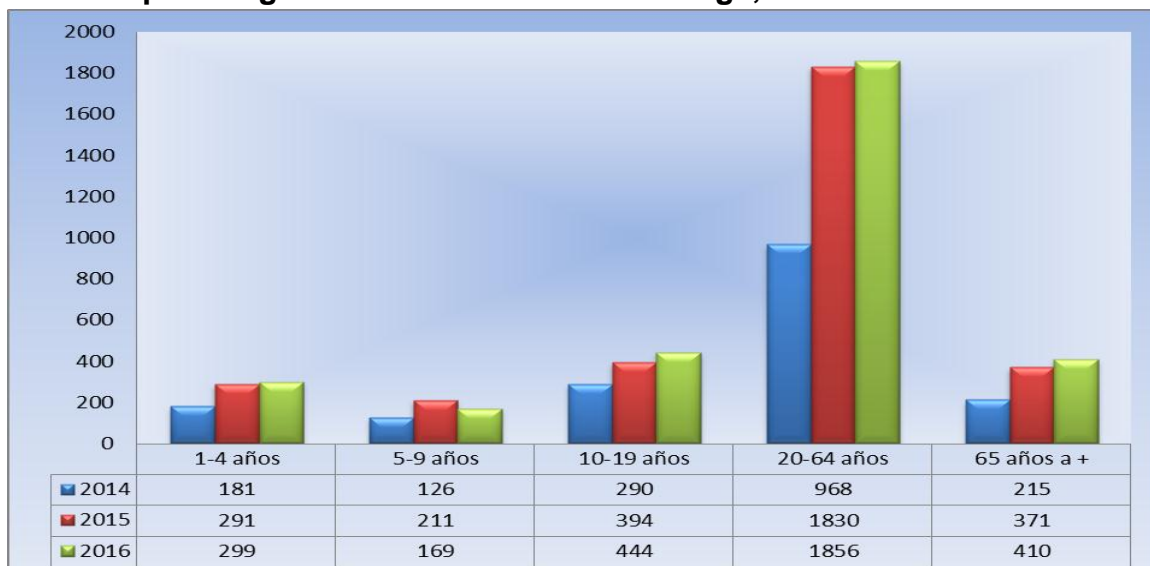
El tópico de Medicina en Emergencia cuenta con 01 ambiente físico, una camilla fija y un escritorio. Las Atenciones, del año 2014 al 2016; las atenciones por Emergencia del año 2014 fueron un total de 2113 atenciones, para el año 2015 la demanda de atenciones se incrementó a 3313 casos y para el año 2016 incrementa a 2479

**Número de atenciones por grupos de edad en Emergencia - Cirugía, Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, del año 2014 al 2016.**

<b>NÚMERO DE ATENCIONES EN EMERGENCIA DE CIRUGÍA GENERAL</b>						
<b>Grupo Etareo</b>	<b>2014</b>		<b>2015</b>		<b>2016</b>	
	<b>Total</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
1-4 años	181	10.2	291	9.4	299	9.4
5-9 años	126	7.1	211	6.8	169	5.3
10-19 años	290	16.3	394	12.7	444	14.0
20-64 años	968	54.4	1830	59.1	1856	58.4
65 años a +	215	12.1	371	12.0	410	12.9
<b>Total General</b>	<b>1780</b>	<b>100.0</b>	<b>3097</b>	<b>100.0</b>	<b>3178</b>	<b>100.0</b>

Fuente.: Estadística – HRGDV -2016  
 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 2016**



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

Las Atenciones de Emergencia en Cirugía del Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, del año 2014 al 2016; 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 incrementa a 3178 atenciones.

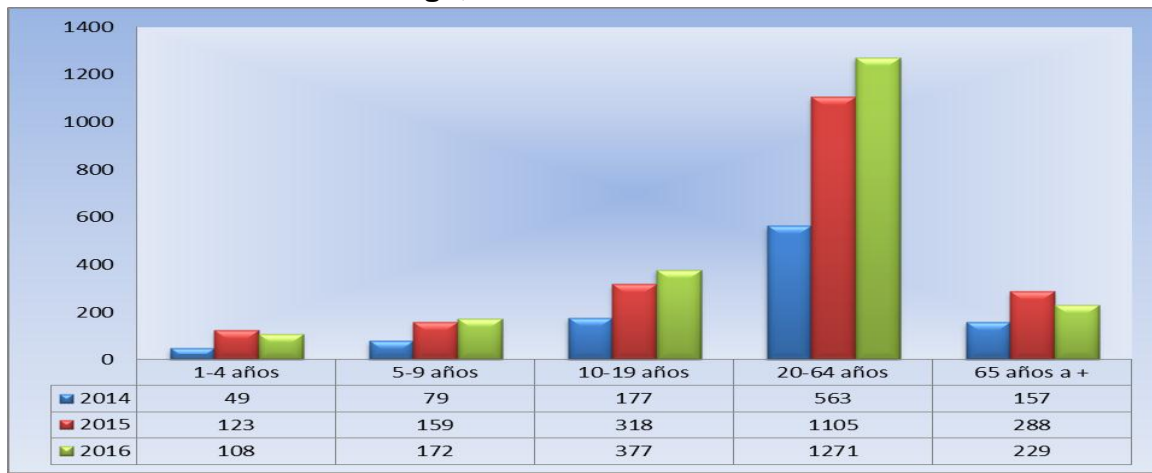
**Número de atenciones por grupos de edad y sexo de Emergencia en la Especialidad de Traumatología, Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, del año 2014 al 2016**

**A  
S  
I  
S  
  
2  
0  
1  
6**

<b>NÚMERO DE ATENCIONES EN EMERGENCIA DE TRAUMATOLOGÍA GENERAL</b>						
<b>Grupo Etareo</b>	<b>2014</b>		<b>2015</b>		<b>2016</b>	
	<b>Total</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
1-4 años	49	4.8	123	6.2	108	5.0
5-9 años	79	7.7	159	8.0	172	8.0
10-19 años	177	17.3	318	16.0	377	17.5
20-64 años	563	54.9	1105	55.4	1271	58.9
65 años a +	157	15.3	288	14.5	229	10.6
<b>Total General</b>	<b>1025</b>	<b>100.0</b>	<b>1993</b>	<b>100.0</b>	<b>2157</b>	<b>100.0</b>

Fuente.: Estadística – HRGDV -2016  
 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 2016**



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

Las atenciones en Emergencia Traumatología del Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, del año 2014 al 2016; Traumatología en Emergencia cuenta con 01 ambiente físico; la demanda de atención del año 2014 fue de 1025

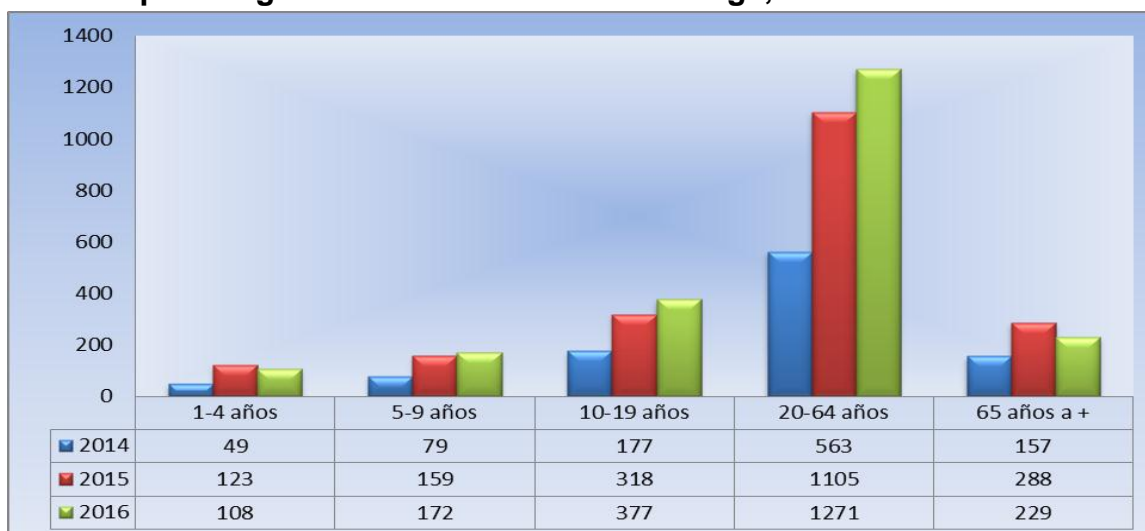
atenciones; la atención por emergencia del año 2015 fue de 1993 atenciones, y para el año 2016 incrementa a 2157 atenciones.

**Número de atenciones por grupos de edad en Emergencia - Pediatría,  
 Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, del año 2014 al 2016**

NÚMERO DE ATENCIONES EN EMERGENCIA DE PEDIATRÍA GENERAL						
Grupo Etareo	2014		2015		2016	
	Total	%	Total	%	Total	%
< 1 año	123	9.8	148	7.6	351	22.6
1-4 años	858	68.2	1289	66.1	718	46.3
5-9 años	154	12.2	332	17.0	304	19.6
10-19 años	123	9.8	182	9.3	178	11.5
<b>Total General</b>	<b>1258</b>	<b>100.0</b>	<b>1951</b>	<b>100.0</b>	<b>1551</b>	<b>100.0</b>

Fuente.: Estadística – HRGDV -2016  
 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 2016**



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

Las atenciones en Emergencia Pediatría del Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, del año 2014 al 2016; 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 1258 atenciones, la atención el año 2015 fue de 1951 atenciones y el 2016 disminuye a 1551 atenciones.



## CAPITULO III

### 3.1. MORBIMORTALIDAD HOSPITALARIA

A  
S  
I  
S  
2  
0  
1  
6

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).

Para la tabulación de estos estados morbosos y causas que demandan las prestaciones asistenciales de los servicios de salud, la clasificación de estos daños y enfermedades según Categorías y Lista Tabular de la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud en su décima revisión (CIE 10). Mostrando las primeras causas de morbimortalidad.

La Clasificación Internacional de Enfermedades se define como un sistema de categorías a las que se asignan entidades morbosas de conformidad con criterios establecidos. La clasificación puede girar en torno a muchos ejes posibles, y la elección de uno en particular estará determinada por el uso que se hará de las estadísticas recopiladas. Una clasificación estadística de enfermedades debe abarcar toda la gama de estados morbosos dentro de un número manuable de categorías. La Novena Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-9 tiene 17 capítulos más dos clasificaciones suplementarias: la Clasificación suplementaria de causas externas de traumatismos, envenenamientos y la Clasificación suplementaria de los factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud. La CIE-9 tiene un sistema de codificación numérico. La principal innovación en la Décima Revisión (CIE-10) fue el uso de un sistema de codificación alfanumérico consistente en una letra seguida de tres números en el nivel de cuatro caracteres. Como consecuencia, aumentó a más del doble el tamaño de la base de codificación en comparación con la Novena Revisión, y fue factible asignar a casi todos los capítulos una letra única o grupo de letras, con la posibilidad de obtener así 100 categorías de tres caracteres. De las 26 letras del alfabeto, se utilizaron 25 y la U se dejó vacante para adiciones y enmiendas futuras, y para posibles clasificaciones provisionales que resuelvan las dificultades surgidas en los ámbitos nacional e internacional entre una revisión y la siguiente.



## MORBILIDAD EN CONSULTA EXTERNA POR SERVICIOS.

### Morbilidad General por Consulta Externa según OPS – HRGDV 2016

Código CIE-10	Descripción de causas	Total	%
M54.5	Lumbago no especificado	1241	2,1
M54.4	Lumbago con ciática	1115	1,9
K29.3	Gastritis crónica	916	1,6
I10X	Hipertensión esencial (primaria)	797	1,4
E119	Diabetes mellitus no insulínica, sin mención de complicación	734	1,2
N390	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	621	1,1
N40X	Hiperplasia de la próstata	575	1,0
K811	Colecistitis crónica	477	0,8
N200	Calculo del riñón	471	0,8
M170	Gonartrosis primaria, bilateral	405	0,7
M54.9	Dorsalgia, no especificada	404	0,7
G510	Parálisis de bell	387	0,7
Z21X1	Infección por VIH sin sida	369	0,6
M542	Cervicalgia	285	0,5
K802	Calculo de la vesícula biliar sin colecistitis	221	0,4
A150	Tbc pulmonar bk (+)	142	0,2
	<b>Demás causas</b>	<b>49636</b>	<b>84,4</b>
	<b>Total general</b>	<b>58796</b>	<b>100</b>

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

Las principales Causas de Morbilidad General en Consulta Externa, en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega 2016; la causa de morbilidad que demandó mayor número de atenciones fue por lumbago no especificado, con 1241 casos, seguido de lumbago con ciática con 1115 casos; como tercera causa fue por gastritis crónica con 916.

### Primeras Causas de Morbilidad en el servicio de Medicina por Consulta Externa Según OPS – HRGDV 2016.

Código CIE-10	Descripción de causas	Total	%
N390	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	143	4,7
E782	Hiperlipidemia mixta	138	4,5
J029	Faringitis aguda, no especificada	133	4,4
M545	Lumbago no especificado	122	4,0
E119	Diabetes mellitus no insulínica, sin mención de complicación	93	3,1
J449	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, no especificada	77	2,5
K293	Gastritis crónica superficial	67	2,2
E785	Hiperlipidemia no especificada	65	2,1
E149	Diabetes mellitus, no especificada, sin mención de complicación	61	2,0
A150	Tbc pulmonar bk (+)	59	1,9
K297	Gastritis, no especificada	58	1,9
N200	Calculo del riñón	46	1,5
M069	Artritis reumatoide, no especificada	44	1,4
K810	Colecistitis aguda	39	1,3
	<b>Demás causas</b>	<b>1893</b>	<b>62,31</b>
	<b>Total general</b>	<b>3038</b>	<b>100</b>

Fuente: Estadística e Informática HRGDV 2016

Como principales Causas de Morbilidad en Medicina Consulta Externa, en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega 2016; la causa de morbilidad que

demandó mayor Infección urinaria sitio no especificado con 143 casos con un porcentaje de (4.7%); seguido de hiperlipidemia mixta con 138 casos con (4.5%) casos.

### **Primeras Causas de Morbilidad en el servicio de Cirugía por Consulta Externa Según OPS – HRGDV 2016.**

Código CIE-10	Descripción de causas	Total	%
K811	Colecistitis crónica	446	18,2
K358	Otras apendicitis agudas y las no especificadas	130	5,3
K802	Calculo de la vesícula biliar sin colecistitis	108	4,4
K409	Hernia inguinal unilateral o no especificada, sin obstrucción ni gangrena	87	3,6
K439	Hernia ventral sin obstrucción ni gangrena	84	3,4
K810	Colecistitis aguda	64	2,6
K430	Hernia ventral con obstrucción, sin gangrena	58	2,4
K429	Hernia umbilical sin obstrucción ni gangrena	57	2,3
D171	Tumor benigno lipomatoso de piel y de tejido subcutáneo del tronco	53	2,2
D179	Tumor benigno lipomatoso, de sitio no especificado	51	2,1
<b>Demás causas</b>		<b>1312</b>	<b>53,6</b>
<b>Total general</b>		<b>2450</b>	<b>100</b>

Fuente: Estadística e Informática HRGDV 2016

Las primeras Causas de Morbilidad Cirugía en Consulta Externa, en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega 2016; la causa de morbilidad que demandó mayor número de atenciones fue por colecistitis crónica con 446 casos con un porcentaje de (18.2%); seguido de otras apendicitis agudas con 130 casos que hace el (5.-3%) y como tercera causa cálculo de la vesícula biliar sin colecistitis con 108 casos con un porcentaje de (4.4%).

### **Primeras Causas de Morbilidad en el Servicio de Traumatología Por Consulta Externa Según OPS – HRGDV 2016.**

Código CIE-10	Descripción de causas	Total	%
M545	Lumbago no especificado	353	9,4
M544	Lumbago con ciática	278	7,4
M170	Gonartrosis primaria, bilateral	160	4,3
S822	Fractura de la diáfisis de la tibia	137	3,6
S826	Fractura del maléolo externo	113	3,0
S525	Fractura de la epífisis inferior del radio	90	2,4
M549	Dorsalgia, no especificada	83	2,2
S202	Contusión del tórax	76	2,0
S420	Fractura de la clavícula	74	2,0
M674	Ganglion	64	1,7
<b>Demás causas</b>		<b>2331</b>	<b>62,0</b>
<b>Total general</b>		<b>3759</b>	<b>100</b>

Fuente: Estadística e Informática HRGDV 2016

Como principales Causas de Morbilidad Traumatología en Consulta Externa, en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega al 2016; la causa de morbilidad que demandó mayor número de atenciones fue por lumbago no especificado con 353 casos con un porcentaje de (9.4%); seguido de lumbago con ciática con 278 casos con (7.4%).

**Primeras Causas de Morbilidad en el servicio de Pediatría por Consulta Externa, Según OPS – HRGDV 2016.**

Código CIE-10	Descripción de causas	Total	%
B829	Parasitosis intestinal, sin otra especificación	95	6,7
N390	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	84	6,0
J029	Faringitis aguda, no especificada	68	4,8
J039	Amigdalitis aguda, no especificada	64	4,5
J00X	Rinofaringitis aguda, rinitis aguda	56	4,0
B199	Hepatitis viral no especificada sin coma hepático	42	3,0
D509	Anemia por deficiencia de hierro sin especificación	33	2,3
J459	Asma no especificada.	20	1,4
R040	Epistaxis	16	1,1
A071	Giardiasis [Lambliasis]	24	1,7
<b>Demás causas</b>		<b>909</b>	<b>64,42</b>
<b>Total general</b>		<b>1411</b>	<b>100</b>

Fuente: Estadística e Informática HRGDV 2016

Las primeras causas en Pediatría- Consulta Externa, en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega 2016; la causa de morbilidad que demandó mayor número de atenciones parasitosis intestinal, sin otra especificación con 95 casos con un porcentaje de (6.7%); seguido de infección de vías urinarias, con sitio no especificado con 8.4 casos con (6.0%) y como tercera causa fue por faringitis aguda no especificada con 68 casos con (4.8%).

**Primeras Causas de Morbilidad en el servicio de Gineco-Obstetrica Por Consulta Externa Según OPS – HRGDV 2016.**

Código CIE-10	Descripción de causas	Total	%
N739	Enfermedad inflamatoria pélvica	244	3,1
N832	Otros quistes ováricos y los no especificados	209	2,6
N390	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	151	1,9
D259	Leiomioma del útero, sin otra especificación	102	1,3
N602	Fibroadenosis de mama	83	1,0
R102	Dolor pélvico y perineal	62	0,8
N939	Hemorragia vaginal y uterina anormal, no especificada	61	0,8
N819	Prolapso genital femenino, no especificado	59	0,7
N72X	Enfermedad inflamatoria del cuello uterino	58	0,7
N760	Vaginitis aguda	55	0,7
<b>Demás causas</b>		<b>6841</b>	<b>86,32</b>
<b>Total general</b>		<b>7925</b>	<b>100</b>

Fuente: Estadística e Informática HRGDV 2016

Primeras causa de Morbilidad en Gineco-Obstetricia Consulta Externa, en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega 2016; la causa de morbilidad que demandó mayor número de atenciones fue por enfermedad inflamatoria pélvica con 244 casos, con (3.1%); seguido de otros quistes ováricos y los no especificados con 209 casos con (2.6%) y como tercera causa infección de vías urinarias, sitio no especificado con 151 casos con (1.9%).

A  
S  
I  
S  
  
2  
0  
1  
6

**Primeras Causas de Morbilidad en el servicio de Urología  
 Por Consulta Externa Según OPS – HRGDV 2016.**

Código CIE-10	Descripción de causas	Total	%
N40X	Hiperplasia de la próstata	524	29,6
N200	Calculo del riñón	379	21,4
N390	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	171	9,7
C61X	Tumor maligno de la próstata	74	4,2
N410	Prostatitis aguda	64	3,6
N47X	Prepucio redundante, fimosis y para fimosis	61	3,4
N130	Hidronefrosis con obstrucción de la unión uretero-pelvica	45	2,5
M545	Lumbago no especificado	33	1,9
N320	Obstrucción de cuello de la vejiga	29	1,6
N433	Hidrocele, no especificado	26	1,5
<b>Demás causas</b>		<b>365</b>	<b>20,61</b>
<b>Total general</b>		<b>1771</b>	<b>100</b>

Fuente: Estadística e Informática HRGDV 2016

Primeras causas de Morbilidad en Urología- Consulta Externa, en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega 2016; la causa de morbilidad que demandó mayor número de atenciones fue por Hiperplasia de próstata con 524 casos con (29.6%); seguido de Cálculo del riñón con 379 casos (21.4%) y como tercera causa es infección de vías urinarias, sitio no especificado con 171 casos con un (9.7%).

**Primeras Causas de Morbilidad en el servicio de Psiquiatría  
 Por Consulta Externa Según OPS – HRGDV 2016.**

Código CIE-10	Descripción de causas	Total	%
F412	Trastorno mixto de ansiedad y depresión	79	13,1
F321	Episodio depresivo moderado	69	11,5
F200	Esquizofrenia paranoide	62	10,3
F103	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol, estado de abstinencia	32	5,3
F411	Trastorno de ansiedad generalizada	29	4,8
F410	Trastorno de pánico [ansiedad paroxística episódica]	19	3,2
F063	Trastornos del humor [afectivos], orgánicos	19	3,2
F331	Trastorno depresivo recurrente, episodio moderado presente	18	3,0
F064	Trastorno de ansiedad, orgánico	17	2,8
F251	Trastorno esquizoafectivo de tipo depresivo	13	2,2
<b>Demás causas</b>		<b>245</b>	<b>40,70</b>
<b>Total general</b>		<b>602</b>	<b>100</b>

Fuente: Estadística e Informática HRGDV 2016

Primeras Causas de Morbilidad en Psiquiatría -Consulta Externa, en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega 2016; la causa de morbilidad que demandó mayor número de atenciones fue por Trastorno mixto de ansiedad y depresión con 79 casos con (13.1%), seguido de episodio depresivo moderado con 69 casos con (11.5%) y como tercera causa es esquizofrenia paranoide con 62 casos con (10.3%).

**10 primeras Causas de Morbilidad en el servicio de Psicología  
 Por Consulta Externa Según OPS – HRGDV 2016.**

Código CIE-10	Descripción de causas	Total	%
F412	Trastorno mixto de ansiedad y depresión	60	2,7
F928	Otros trastornos mixtos de la conducta y de las emociones	44	2,0
F321	Episodio depresivo moderado	25	1,1
F700	Retraso mental leve, deterioro del comportamiento nulo o mínimo	24	1,1
F251	Trastorno esquizoafectivo de tipo depresivo	20	0,9
F320	Episodio depresivo leve	17	0,8
F331	Trastorno depresivo recurrente, episodio moderado presente	17	0,8
F920	Trastorno depresivo de la conducta	13	0,6
F431	Trastorno de estrés postraumático	11	0,5
F411	Trastorno de ansiedad generalizada	10	0,5
	<b>Demás causas</b>	<b>1977</b>	<b>89,13</b>
	<b>Total general</b>	<b>2218</b>	<b>100</b>

Fuente: Estadística e Informática HRGDV 2016

Primeras causas de Morbilidad en Psicología- Consulta Externa, en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega 2016; la causa de morbilidad que demandó mayor número de atenciones fue trastorno mixto de ansiedad y depresión con 60 casos con (2.7%); seguido de otros trastornos mixtos de la conducta y de las emociones con 44 casos con (2.0%) y como tercera causa episodio depresivo moderado con 25 casos con (1.1%).

**Primeras Causas de Morbilidad en el servicio de Medicina Interna  
 Por Consulta Externa Según OPS – HRGDV 2016.**

Código CIE-10	Descripción de causas	Total	%
N390	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	56	4,7
R101	Dolor abdominal localizado en parte superior	29	2,4
M545	Lumbago no especificado	27	2,3
E782	Hiperlipidemia mixta	20	1,7
K297	Gastritis, no especificada	17	1,4
M069	Artritis reumatoide, no especificada	16	1,3
J40X	Bronquitis, no especificada como aguda o crónica	16	1,3
N200	Calculo del riñón	16	1,3
K290	Gastritis aguda hemorrágica	16	1,3
M199	Artrosis, no especificada	15	1,3
<b>Demás causas</b>		<b>964</b>	<b>80,87</b>
<b>Total general</b>		<b>1192</b>	<b>100</b>

Fuente: Estadística e Informática HRGDV 2016

Primeras causas de Morbilidad Medicina Interna en Consulta Externa, en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega 2016; la causa de morbilidad que demandó mayor número de atenciones fue infección de vías urinarias, sitio no especificado con 56 casos con (4.7%); seguido de dolor abdominal localizado en parte superior con 29 casos con (2.4%) y como tercera causa fue lumbago no especificado con 27 casos con (2.3%).

**Primeras Causas de Morbilidad en el servicio de Gastroenterología  
 Por Consulta Externa Según OPS – HRGDV 2016.**

Código CIE-10	Descripción de causas	Total	%
K293	Gastritis crónica superficial	348	25,0
K295	Gastritis crónica, no especificada	299	21,5
K802	Calculo de la vesícula biliar sin colecistitis	110	7,9
K219	Enfermedad del reflujo gastroesofágico sin esofagitis	64	4,6
I841	Hemorroides internas con otras complicaciones	58	4,2
B181	Hepatitis viral tipo b crónica, sin agente delta	36	2,6
K703	Cirrosis hepática alcohólica	25	1,8
K30X	Dispepsia	25	1,8
K589	Síndrome del colon irritable sin diarrea	25	1,8
B829	Parasitosis intestinal, sin otra especificación	23	1,7
<b>Demás causas</b>		<b>379</b>	<b>27,23</b>
<b>Total general</b>		<b>1392</b>	<b>100</b>

Fuente: Estadística e Informática HRGDV 2016

Primeras Causas de Morbilidad Gastroenterología en Consulta Externa, en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega 2016; la causa de morbilidad que demandó mayor número de atenciones fue por gastritis crónica superficial con 348 con (25.0%); seguido de gastritis crónica, no especificada con 299 casos que hace el (21.5%) y como tercera causa fue cálculo de la vesícula biliar sin colecistitis con 110 casos con un porcentaje de (7.9%).

**Primeras Causas de Morbilidad en el servicio de Endocrinología  
 Por Consulta Externa Según OPS – HRGDV 2016.**

Código CIE-10	Descripción de causas	Total	%
E119	Diabetes mellitus no insulino dependiente, sin mención de complicación	621	39,4
E038	Otros hipotiroidismos especificados	239	15,2
E782	Hiperlipidemia mixta	155	9,8
E138	Diabetes mellitus especificada, con complicaciones no especificadas	67	4,3
E050	Tirotoxicosis con bocio difuso	64	4,1
E669	Obesidad	57	3,6
E781	Hipergliceridemia pura	52	3,3
E109	Diabetes mellitus insulino dependiente, sin mención de complicación	43	2,7
E780	Hipercolesterolemia pura	31	2,0
E041	Nódulo tiroideo solitario no toxico	24	1,5
<b>Demás causas</b>		<b>222</b>	<b>14,10</b>
<b>Total general</b>		<b>1575</b>	<b>100</b>

Fuente: Estadística e Informática HRGDV 2016

Primeras Causas de Morbilidad en Endocrinología -Consulta Externa, en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega 2016; la causa de morbilidad que demandó mayor número de atenciones fue por diabetes mellitus no insulino dependiente, con 621 casos con un porcentaje de (39.4%); como segunda causa fue otros hipotiroidismos especificados con 239 casos que hace el (15.2%) y como tercera causa es por hiperlipidemia mixta con 155 con un porcentaje de (9.8%).

**Primeras Causas de Morbilidad en el servicio de Física y Rehabilitación  
 Por Consulta Externa Según OPS – HRGDV 2016.**

Código CIE-10	Descripción de causas	Total	%
M544	Lumbago con ciática	751	8,8
M545	Lumbago no especificado	663	7,8
G510	Parálisis de bell	328	3,8
M549	Dorsalgia, no especificada	259	3,0
M170	Gonartrosis primaria, bilateral	236	2,8
M542	Cervicalgia	223	2,6
M765	Tendinitis rotuliana	140	1,6
M059	Artritis reumatoidea seropositiva, sin otra especificación	130	1,5
M479	Espondilosis, no especificada	128	1,5
M961	Síndrome postlaminectomía, no clasificado en otra parte	122	1,4
<b>Demás causas</b>		<b>5554</b>	<b>65,08</b>
<b>Total general</b>		<b>8534</b>	<b>100</b>

Fuente: Estadística e Informática HRGDV 2016

Primeras Causas de Morbilidad en Consulta Externa de Física y Rehabilitación, en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega 2016; la causa de morbilidad que demandó mayor número de atenciones fue por Lumbago ciático con 751 casos con un porcentaje de (8.8%); seguido de lumbago no especificado con 663 casos que hace el (7.8%) y como tercera causa fue parálisis de bell con 328 casos con un porcentaje de (3-8%)

**Primeras Causas de Morbilidad en el servicio de Cardiología  
 Por Consulta Externa Según OPS – HRGDV 2016.**

Código CIE-10	Descripción de causas	Total	%
I10X	Hipertensión esencial (primaria)	766	25,1
I509	Insuficiencia cardiaca, no especificada	184	6,0
I500	Insuficiencia cardiaca congestiva	139	4,6
R072	Dolor precordial	54	1,8
Q249	Malformación congénita del corazón, no especificada	33	1,1
I803	Flebitis y tromboflebitis de los miembros inferiores, no especificada	23	0,8
I259	Enfermedad isquémica crónica del corazón, no especificada	14	0,5
G210	Síndrome neuroléptico maligno	14	0,5
R001	Bradicardia, no especificada	11	0,4
I872	Insuficiencia venosa (crónica) (periférica)	11	0,4
<b>Demás causas</b>		<b>1800</b>	<b>59,04</b>
<b>Total general</b>		<b>3049</b>	<b>100</b>

Fuente: Estadística e Informática HRGDV 2016

Primeras causas de Morbilidad en Cardiología- Consulta Externa, en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega 2016; la causa de morbilidad que demandó



mayor número de atenciones fue por hipertensión esencial primaria con 766 casos con un (25.1%); seguido de insuficiencia cardiaca no especificada con 184 casos con un porcentaje de (6.0%); y como tercera causa insuficiencia cardiaca, no especificada con 139 casos que hace el (4.6%).

**Primeras Causas de Morbilidad en el servicio de Oftalmología  
 Por Consulta Externa Según OPS – HRGDV 2016.**

Código CIE-10	Descripción de causas	Total	%
H169	Queratitis, no especificada	166	13,0
H110	Pterigion	128	10,0
H105	Blefarconjuntivitis	106	8,3
H041	Otros trastornos de la glándula lagrimal	87	6,8
S059	Traumatismo del ojo y de la órbita, no especificado	59	4,6
H527	Trastorno de la refracción, no especificado	53	4,1
H010	Blefaritis	51	4,0
H409	Glaucoma, no especificado	51	4,0
H001	Calacio [chalazion]	36	2,8
H103	Conjuntivitis aguda, no especificada	36	2,8
<b>Demás causas</b>		<b>507</b>	<b>39,61</b>
<b>Total general</b>		<b>1280</b>	<b>100</b>

Fuente: Estadística e Informática HRGDV 2016

Muestra las Principales Causas de Morbilidad en Oftalmología -Consulta Externa, en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega 2016; la causa de morbilidad que demandó mayor número de atenciones fue por Queratitis no especificada con 166 casos con (13.0%), seguido de Pterigion con 128 casos con (10.0%) y Blefarconjuntivitis con 106 casos con (8,3%).

**Primeras Causas de Morbilidad en el servicio de Estrategia  
 Sanitaria de Control de TBC Por Consulta Externa Según OPS – HRGDV  
 2016.**

Código CIE-10	Descripción de causas	Total	%
U200	Sintomático respiratorio	847	87,2
A150	Tbc pulmonar bk (+)	31	3,2
A188	Tuberculosis de otros órganos especificados	10	1,0
A169	Tbc respiratoria no especificada / tbc pulmonar sin baciloscopia	8	0,8
A162	Tuberculosis del pulmón, sin mención de confirmación bacteriológica o histológica	7	0,7
A186	Tuberculosis del oído	6	0,6
A160	Tbc pulmonar bk (-) cultivo (-)	5	0,5
A168	Otras tuberculosis respiratorias, sin mención de confirmación	3	0,3
J449	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, no especificada	1	0,1
<b>Demás causas</b>		<b>53</b>	<b>5,46</b>
<b>Total general</b>		<b>971</b>	<b>100</b>

Fuente: Estadística e Informática HRGDV 2016

Muestra las Principales Causas de Morbilidad en servicio de Estrategia Sanitaria de control de TBC por Consulta Externa, en el Hospital Regional Guillermo Díaz

de la Vega 2016; la causa de morbilidad que demandó mayor número de atenciones fue por Sintomático respiratorio con 847 casos con un porcentaje de (87.2%); seguido de TBC pulmonar positivo con 31 con (3.2%) y TBC extrapulmonar con 10 casos.

**Primeras Causas de Morbilidad en el servicio de Dermatología Por  
 Consulta Externa Según OPS – HRGDV 2016.**

Código CIE-10	Descripción de causas	Total	%
L200	Prurigo de besnier	35	8,2
L700	Acné vulgar	25	5,9
L80X	Vitíligo	21	4,9
L209	Dermatitis atópica, no especificada	19	4,5
L709	Acné no especificado	15	3,5
L219	Dermatitis seborreica, no especificada	15	3,5
L810	Hiperpigmentacion postinflamatoria	15	3,5
B07X	Verrugas víricas	15	3,5
B340	Infección debida a adenovirus, sin otra especificación	13	3,1
L210	Seborrea Capitis	13	3,1
<b>Demás causas</b>		<b>240</b>	<b>56,34</b>
<b>Total general</b>		<b>426</b>	<b>100</b>

Fuente: Estadística e Informática HRGDV 2016

Muestra las Principales Causas de Morbilidad en servicio de dermatología; la causa de morbilidad que demandó mayor número de atenciones fue por prurigo de besnier con 35 casos con un porcentaje de (8.2%); seguido de acné vulgar con 25 casos que hace el (5.9%) y como tercera causa es vitíligo con 21 casos con un (4.9%).

**Demanda de atención por inmunización por Consulta Externa Según OPS –  
 HRGDV 2016.**

Código CIE-10	Descripción de causas	Total	%
90744	Vacuna para hepatitis b	2198	63,6
Z2781	Vacunación dt (difteria tétanos)	521	15,1
90657	Vacuna de influenza, para uso im	423	12,2
90676	Vacuna antirrábica, uso intradérmico	265	7,7
90585	Vacuna viva del bacilo de calmette-guerin (bcg) para la tuberculosis, uso percutáneo	33	1,0
90717	Vacuna contra la fiebre amarilla, uso im	9	0,3
Z001	Control de crecimiento y desarrollo / control de salud de rutina del niño	5	0,1
90675	Vacuna antirrábica, uso im (crl)	2	0,1
90701	Vacuna dpt, uso im	1	0,0
<b>Total general</b>		<b>3457</b>	<b>100</b>

Fuente: Estadística e Informática HRGDV 2016

Muestra las Principales Causas de Morbilidad en servicio de inmunizaciones; la vacuna que demandó mayor número de atenciones fue la vacuna de contra la hepatitis B con 2198 vacunados con un (63.6%), seguido de la vacuna difteria de

tétanos, con 521 vacunados con un porcentaje de (15.1%); seguido de la vacuna de influenza con 423 vacunados que hace el (12.2%).

### **Primeras Causas de Morbilidad en el servicio de NEUROLOGÍA Por Consulta Externa Según OPS – HRGDV 2016.**

Código CIE-10	Descripción de causas	Total	%
G401	Epilepsia y síndromes epilépticos sintomáticos relacionados con localizaciones (focales)	457	17,5
G442	Cefalea debida a tensión	387	14,8
G441	Cefalea vascular, ncop	169	6,5
R51X	Cefalea	139	5,3
G443	Cefalea postraumática crónica	114	4,4
G20X	Enfermedad de Parkinson	107	4,1
M544	Lumbago con ciática	65	2,5
M541	Radiculopatía	61	2,3
G409	Epilepsia, tipo no especificado	54	2,1
G510	Parálisis de bell	53	2,0
<b>Demás causas</b>		<b>1005</b>	<b>38,5</b>
<b>Total general</b>		<b>2611</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Estadística e Informática HRGDV 2016

Muestra las Principales Causas de Morbilidad en servicio de Neurología; la causa de morbilidad que demandó mayor número de atenciones fue por epilepsia y síndromes epilépticos sintomáticos relacionados con localizaciones (focales) con 457 casos con un porcentaje de (17.5%); seguido de cefalea debida a tensión con 387 casos que hace un porcentaje de (14.8%) y como tercera causa cefalea vascular con 169 casos con un porcentaje de (6.5%).

### **Primeras Causas de Morbilidad en el servicio de ODONTOLOGÍA Por Consulta Externa Según OPS – HRGDV 2016.**

Código CIE-10	Descripción de causas	Total	%
K021	Caries de la dentina	247	31,0
K041	Necrosis de la pulpa	90	11,3
D1110	Destartraje	52	6,5
K040	Pulpitis	30	3,8
K103	Alveolitis del maxilar	4	0,5
K050	Gingivitis aguda	4	0,5
K122	Celulitis y absceso de boca	3	0,4
K053	Periodontitis crónica	3	0,4
K062	Quistes de las fisuras (no odontogenicos)	2	0,3
<b>Demás causas</b>		<b>362</b>	<b>45,4</b>
<b>Total general</b>		<b>797</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Estadística e Informática HRGDV 2016

Muestra las Principales Causas de Morbilidad en servicio de Odontología; la causa de morbilidad que demandó mayor número de atenciones fue por caries de la dentina con 247 casos con un porcentaje de (31.01%); seguido de necrosis

de la pulpa con 90 casos que hace un porcentaje de (11.03%) y como tercera causa para destartraje con 52 casos con un porcentaje de (6.5%).

### 3.1.1. ATENCIONES DE EMERGENCIA

#### ATENCIONES EN EMERGENCIA POR SERVICIOS

#### Principales Causas de Atenciones de Emergencia en Medicina General, según Lista Tabular CIE-10, HRGDV – 2016

Código CIE-10	Descripción de causas	10-19 años	20-64 años	65 años a +	Total general	%	%Acum
R104	Otros dolores abdominales y los no especificados	66	490	157	713	20.5	20.5
A090	Otras gastroenteritis y colitis de origen infeccioso	43	217	57	317	9.1	29.6
N390	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	17	73	37	127	3.7	33.3
K291	Otras gastritis agudas	15	82	7	104	3.0	36.2
R51X	Cefalea	12	79	9	100	2.9	39.1
K297	Gastritis, no especificada	10	48	12	70	2.0	41.1
K358	Otras apendicitis agudas, y las no especificadas	11	45	6	62	1.8	42.9
E149	Diabetes mellitus no especificada, sin mención de complicación	0	55	22	77	2.2	45.1
R100	Abdomen agudo	5	32	11	48	1.4	46.5
A059	Intoxicación alimentaria bacteriana, no especificada	16	32	2	50	1.4	47.9
J459	Asma, no especificado	2	28	17	47	1.4	49.3
I500	Insuficiencia cardíaca congestiva	1	11	34	46	1.3	50.6
K810	Colecistitis aguda	3	42	6	51	1.5	52.1
R509	Fiebre, no especificada	7	30	8	45	1.3	53.4
J068	Otras infecciones agudas de sitios múltiples de las vías respiratorias superiores	7	28	5	40	1.1	54.5
W579	Mordedura o picadura de insectos y otros artrópodos no venenosos, lugar no especificado	5	55	4	64	1.8	56.4
Y919	Alcoholismo, nivel de intoxicación no especificado	12	22	3	37	1.1	57.4
I10X	Hipertensión esencial (primaria)	1	11	25	37	1.1	58.5
K295	Gastritis crónica, no especificada	5	27	4	36	1.0	59.5
	<b>Resto de causas</b>	<b>115</b>	<b>872</b>	<b>417</b>	<b>1408</b>	<b>40.5</b>	<b>100.0</b>
	<b>Total General</b>	<b>353</b>	<b>2279</b>	<b>843</b>	<b>3479</b>	<b>100.0</b>	

Fuente: Estadística e Informática HRGDV-2016

Las Principales Causas de Atenciones de Emergencia en el servicio de Medicina General, del Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, durante el año 2016 se tuvieron 3479 atenciones entre emergencias y urgencias, como observamos que el diagnóstico de Otros Dolores Abdominales y las no Especificadas son la primera causa por el cual acuden a nuestro establecimiento con 713 casos que hacen un porcentaje de un (20.5%); como segunda causa tenemos otras gastroenteritis y colitis de origen infeccioso con 317 casos con un porcentaje de (9.1%); como tercera causa tenemos el diagnóstico de infección de vías urinarias, sitio no especificado con 127 casos con ( 3.7%).

**Principales Causas de Atenciones de Emergencia en Cirugía, según Lista Tabular CIE-10, HRGDV – 2016**

**A  
S  
I  
S  
2  
0  
1  
6**

Código CIE-10	Descripción de causas	0-28 días	< 1 año	1-4 años	5-9 años	10-19 años	20-64 años	65 años a +	Total	%	%Acum
T009	Traumatismos superficiales múltiples, no especificados		7	47	32	44	200	41	<b>371</b>	11.7	11.7
R104	Otros dolores abdominales y los no especificados		1	7	8	29	130	45	<b>220</b>	6.9	18.6
S019	Herida de la cabeza, parte no especificada		1	27	16	21	96	9	<b>170</b>	5.3	23.9
K358	Otras apendicitis agudas, y las no especificadas			1	7	25	116	17	<b>166</b>	5.2	29.2
S069	Traumatismo intracraneal, no especificado	1	4	18	11	15	53	10	<b>112</b>	3.5	32.7
S018	Herida de otras partes de la cabeza		1	11	5	21	56	3	<b>97</b>	3.1	35.7
W549	Mordedura o ataque de perro, lugar no especificado			10	6	18	51	10	<b>95</b>	3.0	38.7
T140	Traumatismo superficial de región no especificada del cuerpo			10	4	11	60	8	<b>93</b>	2.9	41.7
S009	Traumatismo superficial de la cabeza, parte no especificada		7	17	4	8	44	6	<b>86</b>	2.7	44.4
K37X	Apendicitis, no especificada				1	8	59	7	<b>75</b>	2.4	46.7
S010	Herida del cuero cabelludo			7	5	11	42	3	<b>68</b>	2.1	48.9
K810	Colecistitis aguda					1	56	9	<b>66</b>	2.1	50.9
T141	Herida de región no especificada del cuerpo			3	2	18	32	2	<b>57</b>	1.8	52.7
S610	Herida de dedo(s) de la mano, sin daño de la(s) uña(s)			5	3	5	33		<b>46</b>	1.4	54.2
R040	Epistaxis			2	4	6	25	8	<b>45</b>	1.4	55.6
S022	Fractura de los huesos de la nariz		1	1	1	9	19	1	<b>32</b>	1.0	56.6
S099	Traumatismo de la cabeza, no especificado		3	5	8	4	12		<b>32</b>	1.0	57.6
S618	Herida de otras partes de la muñeca y de la mano			3	9	9	19		<b>31</b>	1.0	58.6
S011	Herida del párpado y de la región periocular			4	2	3	13	3	<b>25</b>	0.8	59.4
K566	Otras obstrucciones intestinales y las no especificadas			1			17	7	<b>25</b>	0.8	<b>60.2</b>
<b>Resto de causas</b>			<b>9</b>	<b>123</b>	<b>47</b>	<b>178</b>	<b>723</b>	<b>186</b>	<b>1266</b>	<b>39.8</b>	<b>100.0</b>
<b>Total General</b>		<b>1</b>	<b>34</b>	<b>299</b>	<b>169</b>	<b>444</b>	<b>1856</b>	<b>375</b>	<b>3178</b>	<b>100</b>	

Fuente: Estadística e Informática HRGDV-2016

Las **Principales Causas de Atenciones de Emergencia en el servicio de Cirugía**, del Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega; durante el año 2016, se tuvieron 3178 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 371 casos con un porcentaje de un (11.7%); como segunda causa de morbilidad es el diagnóstico de otros dolores abdominales y no especificados con 220 casos con un porcentaje de (6.9%); y como tercera causa herida de la cabeza, parte no especificada con 170 casos con un porcentaje de (5.3%).

**Principales Causas de Atenciones de Emergencia en Traumatología, según  
 Lista Tabular CIE-10, HRGDV – 2016**

Código CIE-10	Descripción de causas	< 1 año	1-4 años	5-9 años	10-19 años	20-64 años	65 años a +	Total general	%	%Acum
S934	Esguinces y torceduras del tobillo		2	4	16	82	2	106	4.9	4.9
T009	Traumatismos superficiales múltiples, no especificados		3	8	15	62	12	100	4.6	9.6
T142	Fractura de región no especificada del cuerpo		5	11	16	41	11	84	3.9	13.4
T140	Traumatismo superficial de región no especificada del cuerpo		7	4	12	40	8	71	3.3	16.7
S420	Fractura de la clavícula		8	8	13	37	2	69	3.2	19.9
S800	Contusión de la rodilla		1	6	14	34	6	61	2.8	22.8
S626	Fractura de otro dedo de la mano		1	8	10	40	2	61	2.8	25.6
T143	Luxación, esguince y torcedura de región no especificada del cuerpo		2	2	9	36	4	53	2.5	28.0
S822	Fractura de la diáfisis de la tibia		5	5	2	29	5	46	2.1	30.2
S523	Fractura de la diáfisis del radio		1		20	19	6	46	2.1	32.3
R104	Otros dolores abdominales y los no especificados		1	5	6	27	6	45	2.1	34.4
S430	Luxación de la articulación del hombro		1	2	4	17	20	44	2.0	36.4
T141	Herida de región no especificada del cuerpo			3	5	26	2	36	1.7	38.1
S500	Contusión del codo		3	6	9	15	2	35	1.6	39.7
S400	Contusión del hombro y del brazo		3	2	8	18	3	35	1.6	41.4
S610	Herida de dedo(s) de la mano, sin daño de la(s) uña(s)	1	5	1	10	18	1	35	1.6	43.0
S524	Fractura de la diáfisis del cubito y del radio		4	11	7	9	3	34	1.6	44.6
S836	Esguinces y torceduras de otras partes y las no especificadas de la rodilla				5	21	2	28	1.3	45.9
L031	Celulitis de otras partes de los miembros		1	2	5	12	6	26	1.2	47.1
S801	Contusión de otras partes y las no especificadas de la pierna		2	1	5	15	3	26	1.2	48.3
<b>Resto de causas</b>		<b>0</b>	<b>53</b>	<b>83</b>	<b>186</b>	<b>673</b>	<b>119</b>	<b>1116</b>	<b>51.7</b>	<b>100.0</b>
<b>Total General</b>		<b>2</b>	<b>108</b>	<b>172</b>	<b>377</b>	<b>1271</b>	<b>225</b>	<b>2157</b>	<b>100</b>	

Fuente: Estadística e Informática HRGDV-2016

Las Principales Causas de Atenciones de Emergencia en Traumatología, del Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega; durante el año 2016, se tuvieron 2157 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 106 casos con un porcentaje de un (4.9%); como segunda causa de morbilidad es el diagnostico de traumatismos superficiales múltiples, no especificados con 100 casos con un porcentaje de (4.6%) y como tercera causa fractura de la región no especificada del cuerpo con 84 casos con un porcentaje de (3.9%).

**Principales Causas de Atenciones de Emergencia en Pediatría, según Lista Tabular CIE-10, HRGDV – 2016**

**A  
S  
I  
S  
2  
0  
1  
6**

Código CIE-10	Descripción de causas						Total general	%	%Acum
		0-28 días	< 1 año	1-4 años	5-9 años	10-19 años			
J029	Faringitis aguda, no especificada	1	39	113	40	10	203	13.1	13.1
A090	Otras gastroenteritis y colitis de origen infeccioso	4	42	105	29	15	195	12.6	25.7
R509	Fiebre, no especificada		40	99	34	15	188	12.1	37.8
R104	Otros dolores abdominales y los no especificados	3	3	27	25	19	77	5.0	42.7
A059	Intoxicación alimentaria bacteriana, no especificada		10	30	18	14	72	4.6	47.4
P599	Ictericia neonatal, no especificada	41		2			43	2.8	50.2
N390	Infección de vías urinarias, sitio no especificado		4	20	13	6	43	2.8	52.9
J00X	Rinofaringitis aguda [resfriado común]		11	22	7		40	2.6	55.5
J068	Otras infecciones agudas de sitios múltiples de las vías respiratorias superiores		3	17	13	4	37	2.4	57.9
J459	Asma, no especificado		7	14	6	5	32	2.1	60.0
J189	Neumonía, no especificada		12	12	4	2	30	1.9	61.9
J180	Bronconeumonía, no especificada		12	12	4	1	29	1.9	63.8
P369	Sepsis bacteriana del recién nacido, no especificada	22	2	1	1	1	26	1.7	65.4
J039	Amigdalitis aguda, no especificada		3	10	9	2	24	1.5	67.0
Y537	Efectos adversos de eméticos		5	11	2	4	22	1.4	68.4
R11X	Nausea y vomito		2	8	8	3	21	1.4	69.8
J209	Bronquitis aguda, no especificada	1	5	7	2		15	1.0	70.7
J050	Laringitis obstructiva, aguda [crup]		1	14			15	1.0	71.7
H920	Otalgia			10	1	2	13	0.8	72.5
R508	Otras fiebres especificadas			5	6		11	0.7	73.2
<b>Resto de causas</b>		<b>27</b>	<b>49</b>	<b>181</b>	<b>82</b>	<b>76</b>	<b>415</b>	<b>26.8</b>	<b>100.0</b>
<b>Total General</b>		<b>99</b>	<b>250</b>	<b>718</b>	<b>304</b>	<b>178</b>	<b>1551</b>	<b>100.0</b>	

Fuente: Estadística e Informática HRGDV-2016

Las Principales Causas de Atenciones de Emergencia en Pediatría, del Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega; durante el año 2016, se tuvieron 1551 atenciones entre emergencias y urgencias, observamos que la Primera causa de morbilidad por el cual acude el usuario es el diagnostico de faringitis aguda, no especificada con 203 casos con un porcentaje de (13.1%); como segunda causa de morbilidad es el otra gastroenteritis y colitis de origen infeccioso , con 195 casos con un porcentaje de (12.6%); como tercera causa de morbilidad fiebre no especificada con 188 casos con un porcentaje de (12.1%)%.



### 3.1.2. EGRESOS HOSPITALARIOS

**Egresos hospitalarios por porcentaje del 2010 al 2016.**



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).

**Número de Egresos en Hospitalización General por Ciclos de Vida, según  
 Lista Tabular CIE-10, HRGDV – 2016**

Lista de Morbilidad	0-28 días	<1 año	1-4 años	5-9 años	10-19 años	20-64 años	65 a + años	Total general	%
Apendicitis aguda, no especificada			1	14	42	179	25	261	3.65
Parto único espontáneo, presentación cefálica de vértice					25	122		147	2.06
Colecistitis crónica					2	96	25	123	1.72
Amenaza de aborto	1				8	79		88	1.23
Otros dolores abdominales y los no especificados			1	2	10	48	22	83	1.16
Aborto no especificado, incompleto, complicado con infección genital y pelviana					10	56		66	0.92
Infección de vías urinarias, sitio no especificado		4	9	3	3	31	15	65	0.91
Hiperplasia de la próstata						12	43	55	0.77
Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso		5	28	7	2	4	8	54	0.76
Ictericia neonatal, no especificada	53							53	0.74
Colecistitis aguda						43	8	51	0.71
Neumonía grave		5	8	3	1	9	25	51	0.71
Insuficiencia cardíaca congestiva					1	9	37	47	0.66
Fractura de la diáfisis de la tibia			1	4	8	25	6	44	0.62
Sepsis bacteriana del recién nacido, no especificada	40	3						43	0.60
Embarazo ectópico, no especificado					7	29		36	0.50
Aborto espontáneo, incompleto, sin complicación					1	33		34	0.48
Pancreatitis aguda					1	29	3	33	0.46
Aborto retenido					3	28		31	0.43
Apendicitis aguda con peritonitis generalizada				1	4	21	5	31	0.43
Efecto tóxico de insecticidas organofosforados y carbonatos		1			14	16		31	0.43
Celulitis de otras partes de los miembros		2	4	5	11	8		30	0.42
Retención de fragmentos de la placenta o de las membranas, sin hemorragia					4	24		28	0.39
Diabetes mellitus						13	11	24	0.34
Fractura de la diáfisis del fémur			1	1	4	11	7	24	0.34
Detención del desarrollo del huevo y mola no hidatiforme					2	21		23	0.32
Pielonefritis crónica obstructiva		2	3		4	7	7	23	0.32
Nefritis tubulointersticial aguda					3	9	10	22	0.31
Otros quistes ováricos y los no especificados					3	17	2	22	0.31
Hernia umbilical sin obstrucción ni gangrena					1	18	2	21	0.29
Hiperemesis gravídica leve					2	19		21	0.29
Otros partos únicos por cesárea					5	16		21	0.29
Epilepsia, tipo no especificado			2		5	9	4	20	0.28
Resto de causas	1650	76	161	82	504	2506	461	5440	76.13
<b>Total</b>	<b>1744</b>	<b>95</b>	<b>218</b>	<b>121</b>	<b>684</b>	<b>3550</b>	<b>734</b>	<b>7146</b>	<b>100.0</b>

Fuente. - Registro de Egresos Hospitalarios – HRGDV 2016

El número de egresos hospitalarios en general por ciclos de Vida, según Lista Tabular CIE-10, Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega –durante el año 2016, Como se puede apreciar, el grupo de riesgo que más hace uso de los servicios de hospitalización son el binomio madre – niño, con el mayor número y proporción de las pacientes hospitalizadas fueron un total de 7146 pacientes, siendo la causa de hospitalización la primera causa : Apendicitis aguda no especificada con 261 casos ( 3.65%) seguido de parto único espontáneo, sin otra especificación con 147 casos y un porcentaje de (2.06%), como tercera causa de hospitalización colecistitis crónica con 123 casos con un porcentaje de (1.72%). La edad más afectada fue de 20 a 64 años.

### Morbilidad en hospitalización en General según la lista tabular CIE-10, HRGDV – 2016

Cod. CIE10	Lista de causas Hospitalización General-2016	Egresos	Porcentaje
K35.9	Apendicitis aguda, no especificada	261	3.65
O80.0	Parto único espontáneo, presentación cefálica de vértice	147	2.06
K81.1	Colecistitis crónica	123	1.72
O20.0	Amenaza de aborto	88	1.23
R10.4	Otros dolores abdominales y los no especificados	83	1.16
O06	Aborto no especificado, incompleto, complicado con infección genital y pelviana	66	0.92
N39.0	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	65	0.91
N40	Hiperplasia de la próstata	55	0.77
A09	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	54	0.76
P59.9	Ictericia neonatal, no especificada	53	0.74
K81.0	Colecistitis aguda	51	0.71
J159	Neumonía grave	51	0.71
I50.0	Insuficiencia cardíaca congestiva	47	0.66
S82.2	Fractura de la diáfisis de la tibia	44	0.62
P36.9	Sepsis bacteriana del recién nacido, no especificada	43	0.60
O00.9	Embarazo ectópico, no especificado	36	0.50
<b>Resto de causas</b>		<b>5879</b>	<b>82.27</b>
<b>Total General</b>		<b>7146</b>	<b>100.00</b>

Fuente. - Registro de Egresos Hospitalarios – HRGDV 2016

El número de egresos hospitalarios en general, según Lista Tabular CIE-10, Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega –durante el año 2016, de un total de 7146 pacientes, siendo la causa de hospitalización más frecuente: de hospitalización en general es el caso de apendicitis aguda, no especificada con 161 casos y un porcentaje de (3.65%).

### Morbilidad en hospitalización de Medicina según la lista tabular CIE-10, HRGDV – 2016

Cod. CIE10	Lista de causas Servicio de Medicina-2016	Egresos	Porcentaje
I50.0	Insuficiencia cardíaca congestiva	46	5.11
R10.4	Otros dolores abdominales y los no especificados	35	3.88
N39.0	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	32	3.55
J159	Neumonía grave	32	3.55
K85	Pancreatitis aguda	29	3.22
T600	Efecto tóxico de insecticidas organofosforados y carbamatos	27	3.00
E149	Diabetes mellitus	21	2.33
N10X	Nefritis tubulointerstitial aguda	20	2.22
K922	Hemorragia gastrointestinal, no especificada	17	1.89
K295	Gastritis crónica, no especificada	16	1.78
G409	Epilepsia, tipo no especificado	14	1.55
K703	Cirrosis hepática alcohólica	13	1.44
L031	Celulitis de otras partes de los miembros	12	1.33
I639	Infarto cerebral, no especificado	12	1.33
N111	Pielonefritis crónica obstructiva	12	1.33
E119	Diabetes mellitus no insulino dependiente, sin mención de complicación	10	1.11
<b>Resto de causas</b>		<b>553</b>	<b>61.38</b>
<b>Total General</b>		<b>901</b>	<b>100.00</b>

Fuente. - Registro de Egresos Hospitalarios – HRGDV 2016

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 2016, los egresos hospitalarios fueron un total de 901 pacientes, las primeras causas de morbilidad fueron: Insuficiencia cardíaca congestiva con 46 casos (5.11%), seguido de otros dolores abdominales y otras no especificadas con 35 casos (3.88%).

A  
S  
I  
S  
  
2  
0  
1  
6

### Morbilidad en Hospitalización en Cirugía según la lista tabular CIE-10, HRGDV – 2016

Cod. CIE10	Lista de causas Servicio de Cirugía-2016	Egresos	Porcentaje
K358	Apendicitis aguda, no especificada	259	24.76
K811	Colecistitis crónica	122	11.66
N40X	Hiperplasia de la próstata	54	5.16
K810	Colecistitis aguda	51	4.88
K352	Apendicitis aguda con peritonitis generalizada	46	4.40
K429	Hernia umbilical sin obstrucción ni gangrena	21	2.01
K802	Cálculo de la vesícula biliar sin colecistitis	17	1.63
K562	Vólvulo	15	1.43
K461	Hernia abdominal no especificada, con gangrena	13	1.24
K409	Hernia inguinal unilateral o no especificada, sin obstrucción ni gangrena	13	1.24
K819	Colecistitis, no especificada	12	1.15
R104	Otros dolores abdominales y los no especificados	12	1.15
K566	Otras obstrucciones intestinales y las no especificadas	11	1.05
R100	Abdomen agudo	8	0.76
<b>Resto de causas</b>		<b>392</b>	<b>37.48</b>
<b>Total General</b>		<b>1046</b>	<b>100.00</b>

Fuente.- Registro de Egresos Hospitalarios – HRGDV 2016

La morbilidad en el servicio de cirugía, según Lista Tabular CIE-10, del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega – durante el año 2016, los egresos hospitalarios fueron un total de 1046 pacientes, las primeras causas de morbilidad fueron: apendicitis aguda, no especificada con 259 casos con un porcentaje de (24.76%), seguido de colecistitis crónica con 122 casos y un porcentaje de (11.86%), como tercera causa fue hiperplasia de la próstata, con 54 casos con un porcentaje de (5.16%).

### Morbilidad en Hospitalización de traumatología según la lista tabular CIE-10, HRGDV – 2016

Cod. CIE10	Lista de causas Servicio de Traumatología-2016	Egresos	Porcentaje
S822	Fractura de la diáfisis de la tibia	44	7.28
S723	Fractura de la diáfisis del fémur	24	3.97
R104	Otros dolores abdominales y los no especificados	22	3.64
S420	Fractura de la clavícula	18	2.98
S423	Fractura de la diáfisis del húmero	18	2.98
S626	Fractura de otro dedo de la mano	14	2.32
S524	Fractura de la diáfisis del cúbito y del radio	13	2.15
S420	Fractura de la clavícula, abierta	11	1.82
S824	Fractura del peroné solamente	10	1.66
M674	Ganglión	10	1.66
L031	Celulitis de otras partes de los miembros	9	1.49
S810	Herida de la rodilla	9	1.49
S681	Amputación traumática de otro dedo único (completa) (parcial)	8	1.32
S729	Fractura del fémur, parte no especificada	8	1.32
T141	Herida de región no especificada del cuerpo	8	1.32
<b>Resto de causas</b>		<b>378</b>	<b>62.58</b>
<b>Total General</b>		<b>604</b>	<b>100.00</b>

Fuente. - Registro de Egresos Hospitalarios – HRGDV 2016

La morbilidad en el servicio de Traumatología, según Lista Tabular CIE-10, del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega –durante el año 2016, los egresos hospitalarios en este servicio fueron un total de 604 pacientes, las primeras causas de morbilidad fueron: fractura de la diáfisis de la tibia con 44 casos con un porcentaje de (7.28%), seguido de fractura de la diáfisis del fémur con 24

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

casos y un porcentaje de (3.97%), como tercera causa fue otros dolores abdominales y las no especificadas con 22 casos con un porcentaje de (3.64%).

**Hospitalización en Neonatología según la lista tabular CIE-10, HRGDV – 2016**

Cod. CIE10	Lista de causas Servicio de Neonatología-2016	Egresos	Porcentaje
Z380	Producto único, nacido en hospital	1558	89.54
P599	Ictericia neonatal, no especificada	52	2.99
P369	Sepsis bacteriana del recién nacido, no especificada	38	2.18
P221	Taquipnea transitoria del recién nacido	13	0.75
P220	Síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido	11	0.63
P285	Insuficiencia respiratoria del recién nacido	5	0.29
P050	Bajo peso para la edad gestacional	3	0.17
Q379	Fisura del paladar con labio leporino unilateral, sin otra especificación	3	0.17
Z383	Gemelos, nacidos en hospital	5	0.29
P704	Otras hipoglicemias neonatales	3	0.17
R17X	Ictericia no especificada	2	0.11
P365	Sepsis del recién nacido debida a anaerobios	2	0.11
P360	Sepsis del recién nacido debida a estreptococo del grupo B	2	0.11
P249	Síndrome de aspiración neonatal, sin otra especificación	2	0.11
<b>Resto de causas</b>		<b>41</b>	<b>2.36</b>
<b>Total General</b>		<b>1740</b>	<b>100.00</b>

Fuente. - Registro de Egresos Hospitalarios – HRGDV 2016

La morbilidad en el servicio de Neonatología, según Lista Tabular CIE-10, del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega –durante el año 2016, los egresos hospitalarios en este servicio fueron un total de 1740 pacientes, las primeras causas de morbilidad fueron: producto único, nacido en el hospital con 1558 casos con un porcentaje de (89.54%), seguido de ictericia neonatal no especificada con 52 casos y un porcentaje de (2.99%), como tercera causa fue sepsis bacteriana del recién nacido no especificada, con 38 casos con un porcentaje de (2.18%).

**Hospitalización en Pediatría según la lista tabular CIE-10, HRGDV – 2016**

Cod. CIE10	Lista de causas Servicio de Pediatría-2016	Egresos	Porcentaje
J159	Neumonía grave	60	16.39
A090	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	57	15.57
J029	Faringitis aguda	35	9.56
N390	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	17	4.64
J209	Bronquitis aguda	11	3.01
A059	Intoxicación alimentaria bacteriana, no especificada	10	2.73
J180	Bronconeumonía	9	2.46
A379	Tos ferina, no especificada	9	2.46
J219	Bronquiolitis	8	2.19
L031	Celulitis de otras partes de los miembros	8	2.19
B199	Hepatitis viral no especificada sin coma	7	1.91
Q360	Labio leporino, bilateral	7	1.91
R509	Fiebre, no especificada	6	1.64
N111	Pielonefritis crónica obstructiva	6	1.64
<b>Resto de causas</b>		<b>116</b>	<b>31.69</b>
<b>Total General</b>		<b>366</b>	<b>100.00</b>

Fuente. - Registro de Egresos Hospitalarios – HRGDV 2016

La morbilidad en el servicio de Pediatría, según Lista Tabular CIE-10, del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega –durante el año 2016, los egresos hospitalarios en este servicio fueron un total de 366 pacientes, las primeras causas de morbilidad fueron: neumonía grave con 60 casos con un porcentaje de (16.39%), seguido de diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso con 57 casos con un porcentaje de (15.57%) y tercera causa fue faringitis aguda con 35 casos con un porcentaje de (9.56%).

A  
S  
I  
S  
  
2  
0  
1  
6

### Morbilidad en Hospitalización de Ginecología según la lista tabular CIE-10, HRGDV – 2016

Cod. CIE10	Lista de causas Servicio de GinecoObstetricia-2016	Egresos	Porcentaje
O809	Parto único espontáneo, sin otra especificación	661	27.35
O829	Parto por cesárea, sin otra especificación	391	16.18
O821	Parto por cesárea de emergencia	179	7.41
O800	Parto único espontáneo, presentación cefálica de vértice	147	6.08
Z359	Supervisión de embarazo de alto riesgo, sin otra especificación	108	4.47
O200	Amenaza de aborto	86	3.56
O060	Aborto no especificado, incompleto, complicado con infección genital y pelviana	65	2.69
O620	Contracciones primarias inadecuadas	52	2.15
O009	Embarazo ectópico, no especificado	36	1.49
O034	Aborto espontáneo, incompleto, sin complicación	34	1.41
O021	Aborto retenido	31	1.28
O731	Retención de fragmentos de la placenta o de las membranas, sin hemorragia	28	1.16
O020	Detención del desarrollo del huevo y mola no hidatiforme	23	0.95
O210	Hipertensión gravídica leve	21	0.87
O828	Otros partos únicos por cesárea	21	0.87
N832	Otros quistes ováricos y los no especificados	21	0.87
O234	Infección no especificada de las vías urinarias en el embarazo	19	0.79
<b>Resto de causas</b>		<b>494</b>	<b>20.44</b>
<b>Total General</b>		<b>2417</b>	<b>100.00</b>

Fuente. - Registro de Egresos Hospitalarios – HRGDV 2016

La morbilidad en el servicio de Ginecología, según Lista Tabular CIE-10, del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega –durante el año 2016, los egresos hospitalarios en este servicio fueron un total de 2417 pacientes, las primeras causas de morbilidad fueron: parto único espontaneo, sin otra especificación con 661 casos ( 27.35%), seguido de parto por cesárea sin otra especificación con 391 casos con (16.18%), y como tercera causa parto por cesárea de emergencia con 179 casos con un porcentaje de (4.91%).

### Hospitalización en UCI General según la lista tabular CIE-10, HRGDV – 2016

Cod. CIE10	Lista de causas Servicio de UCI General-2016	Egresos	Porcentaje
S069	Traumatismo intracraneal, no especificado	6	10.34
K565	Adherencias [bridias] intestinales con obstrucción	2	3.45
K830	Colangitis	2	3.45
E149	Diabetes mellitus	2	3.45
T600	Efecto tóxico de insecticidas organofosforados y carbamatos	2	3.45
J189	Neumonía grave	2	3.45
K630	Absceso del intestino	1	1.72
V916	Accidente de embarcación que causa otros tipos de traumatismo, balsa inflable (sin motor)	1	1.72
O200	Amenaza de aborto	1	1.72
S984	Amputación del pie, nivel no especificado	1	1.72
I200	Angina inestable	1	1.72
I499	Arritmia cardíaca, no especificada	1	1.72
J209	Bronquitis aguda	1	1.72
R579	Choque, no especificado	1	1.72
O701	Desgarro perineal de segundo grado durante el parto	1	1.72
E119	Diabetes mellitus no insulino dependiente, sin mención de complicación	1	1.72
<b>Resto de causas</b>		<b>32</b>	<b>55.17</b>
<b>Total General</b>		<b>58</b>	<b>100.00</b>

Fuente. - Registro de Egresos Hospitalarios – HRGDV 2016

La morbilidad en el servicio de UCI General, según Lista Tabular CIE-10, del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega – durante el año 2016, los egresos hospitalarios en este servicio fueron un total de 58 pacientes, las primeras causas de morbilidad fueron: traumatismo intracraneal no especificado con 6

casos con (10.34%), seguido de adherencia bridas intestinales con obstrucción con 2 casos (3.45%).

**Número de Egresos y Promedio de Permanencia en Hospitalización de Medicina General según Capítulos CIE-10, HRGDV – 2016**

Lista de Morbilidad Servicio de Medicina-2016	Total	Porcentaje	Promedio de Permanencia
Insuficiencia cardíaca congestiva	46	5.11	5.3
Otros dolores abdominales y los no especificados	35	3.88	5.5
Infección de vías urinarias, sitio no especificado	32	3.55	5.5
Neumonía grave	32	3.55	4.8
Pancreatitis aguda	29	3.22	5.7
Efecto tóxico de insecticidas organofosforados y carbamatos	27	3.00	3.3
Diabetes mellitus	21	2.33	11.8
Nefritis tubulointersticial aguda	20	2.22	4.3
Hemorragia gastrointestinal, no especificada	17	1.89	7.0
Gastritis crónica, no especificada	16	1.78	5.1
Epilepsia, tipo no especificado	14	1.55	1.0
Cirrosis hepática alcohólica	13	1.44	10.4
Celulitis de otras partes de los miembros	12	1.33	6.5
Infarto cerebral, no especificado	12	1.33	1.0
Pielonefritis crónica obstructiva	12	1.33	5.9
Diabetes mellitus no insulino dependiente, sin mención de complicación	10	1.11	4.7
<b>Resto de causas</b>	<b>553</b>	<b>61.38</b>	<b>6.8</b>
<b>Total</b>	<b>901</b>	<b>100.00</b>	<b>6.3</b>

Fuente. - Registro de Egresos Hospitalarios – HRGDV 2016

El número de Egresos y promedio de Permanencia en Hospitalización de Medicina General del Hospital regional Guillermo Díaz de la Vega al 2016; del total de 901 egresos hospitalarios ;los tiempos de permanencia van entre los 1.0 y 11.8 días, con un promedio para el servicio de 6.3 días; observamos que el mayor tiempo de hospitalización es por la causa de diabetes mellitus con 21 egresos hospitalarios con una estancia de 11.8 días de hospitalización; seguido de cirrosis hepática alcohólica con 13 egresos hospitalarios con una estancia hospitalaria de 10.4 días de hospitalización; como tercera causa tenemos hemorragia gastrointestinal no especificados con 17 egresos hospitalarios con una estancia de 7.0 días de hospitalización.



### Número de Egresos y Promedio de Permanencia en Hospitalización en Ginecobstetricia según la lista tabular CIE-10, HRGDV – 2016

Lista de Morbilidad Servicio de GinecoObstetricia-2016	Total	Porcentaje	Promedio de Permanencia
Parto único espontáneo, sin otra especificación	661	27.35	2.2
Parto por cesárea, sin otra especificación	391	16.18	1.0
Parto por cesárea de emergencia	179	7.41	3.9
Parto único espontáneo, presentación cefálica de vértice	147	6.08	1.8
Supervisión de embarazo de alto riesgo, sin otra especificación	108	4.47	3.7
Amenaza de aborto	86	3.56	3.0
Aborto no especificado, incompleto, complicado con infección genital y pelviana	65	2.69	2.4
Contracciones primarias inadecuadas	52	2.15	5.1
Embarazo ectópico, no especificado	36	1.49	2.9
Aborto espontáneo, incompleto, sin complicación	34	1.41	2.6
Aborto retenido	31	1.28	2.5
Retención de fragmentos de la placenta o de las membranas, sin hemorragia	28	1.16	2.1
Detención del desarrollo del huevo y mola no hidatiforme	23	0.95	2.6
Hiperemesis gravídica leve	21	0.87	5.2
Otros partos únicos por cesárea	21	0.87	1.0
Otros quistes ováricos y los no especificados	21	0.87	5.6
Infección no especificada de las vías urinarias en el embarazo	19	0.79	4.1
<b>Resto de causas</b>	<b>494</b>	<b>20.44</b>	<b>6.2</b>
<b>Total</b>	<b>2417</b>	<b>100.00</b>	<b>3.2</b>

Fuente. - Registro de Egresos Hospitalarios – HRGDV 2016

El número de Egresos y Promedio de Permanencia en Hospitalización de Gineco-Obstetricia Según la lista tabular del CIE-10, del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega del año 2016 del total de 2417 egresos ; observamos que los tiempos de permanencia van entre los 1.0 días a 5.6 días, con un promedio para el servicio de 3.2 días ; el diagnostico de egreso con mayor número de días de permanencia en el servicio otros quistes ováricos y los no especificados 21 egresos hospitalarios con un tiempo de permanencia de (5.6 días), seguido de hiperémesis gravídica leve con 21 egresos hospitalarios con un tiempo de permanencia de (5.2 días).

### Número de Egresos y Promedio de Permanencia en Hospitalización de Cirugía General según Capítulos CIE-10, HRGDV – 2016

Lista de Morbilidad Servicio de Cirugía-2016	Total	Porcentaje	Promedio de Permanencia
Apendicitis aguda, no especificada	259	24.76	3.7
Colecistitis crónica	122	11.66	5.2
Hiperplasia de la próstata	54	5.16	8.5
Colecistitis aguda	51	4.88	4.8
Apendicitis aguda con peritonitis generalizada	31	2.96	6.8
Hernia umbilical sin obstrucción ni gangrena	21	2.01	3.0
Cálculo de la vesícula biliar sin colecistitis	17	1.63	4.2
Apendicitis aguda con absceso peritoneal	15	1.43	4.9
Vólvulo	15	1.43	10.5
Hernia abdominal no especificada, con gangrena	13	1.24	3.4
Hernia inguinal unilateral o no especificada, sin obstrucción ni gangrena	13	1.24	4.8
Colecistitis, no especificada	12	1.15	4.8
Otros dolores abdominales y los no especificados	12	1.15	4.8
Otras obstrucciones intestinales y las no especificadas	11	1.05	9.7
Abdomen agudo	8	0.76	5.5
<b>Resto de causas</b>	<b>392</b>	<b>37.48</b>	<b>7.0</b>
<b>Total</b>	<b>1046</b>	<b>100.00</b>	<b>5.7</b>

Fuente. - Registro de Egresos Hospitalarios – HRGDV 2016



El número de Egresos y promedio de Permanencia en Hospitalización de Cirugía según Capítulos CIE-10, del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega del año 2016; de un total de 1046 egresos hospitalarios se observa que los tiempos de permanencia hospitalaria en Cirugía van entre los 3.0 y 10.5 días, con un promedio para el servicio de 5.7 días; teniendo el mayor tiempo de permanencia hospitalaria, es el diagnóstico de vólvulo con 15 casos con una estancia hospitalaria de 10.5 días seguido de otros obstrucciones intestinales y las no especificados con 11 casos con una permanencia de 9.7 días.

### **Número de Egresos y Promedio de Permanencia en Hospitalización de Traumatología Según Capítulos CIE-10, HRGDV - 2016**

Lista de Morbilidad Servicio de Traumatología-2016	Total	Porcentaje	Promedio de Permanencia
Fractura de la diáfisis de la tibia	44	7.28	12.6
Fractura de la diáfisis del fémur	24	3.97	15.3
Otros dolores abdominales y los no especificados	22	3.64	15.2
Fractura de la clavícula	18	2.98	7.8
Fractura de la diáfisis del húmero	18	2.98	10.6
Fractura de otro dedo de la mano	14	2.32	7.8
Fractura de la diáfisis del cúbito y del radio	13	2.15	14.1
Fractura de la clavícula, abierta	11	1.82	8.9
Fractura del peroné solamente	10	1.66	12.3
Ganglión	10	1.66	5.1
Celulitis de otras partes de los miembros	9	1.49	18.0
Herida de la rodilla	9	1.49	6.0
Amputación traumática de otro dedo único (completa) (parcial)	8	1.32	10.6
Fractura del fémur, parte no especificada	8	1.32	19.6
Herida de región no especificada del cuerpo	8	1.32	5.5
<b>Resto de causas</b>	<b>378</b>	<b>62.58</b>	<b>11.8</b>
<b>Total</b>	<b>604</b>	<b>100.00</b>	<b>11.8</b>

Fuente. - Registro de Egresos Hospitalarios – HRGDV 2016

El número de Egresos y Promedio de Permanencia en Hospitalización de Traumatología Según Capítulos CIE-10, del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega del año 2016; de un total de 604 egresos hospitalarios; observamos que los tiempos de permanencia van entre los 5.1 días 18.0 días, con un promedio para el servicio de 11.8 días ; el diagnóstico de egreso con mayor número de días de permanencia en el servicio fractura del fémur no especificada con 8 egresos hospitalarios con un tiempo de permanencia de (19.6 días), seguida de celulitis de otras partes de los miembros con 9 egresos hospitalarios con un tiempo de permanencia de (18.0 días), y como tercera causa de estancia hospitalaria es fractura de la diáfisis del fémur con 24 egresos hospitalarios con un tiempo de permanencia de (15.3 días).

### Número de Egresos en Hospitalización de Pediatría por Ciclos de Vida, según Lista Tabular CIE-10, HRGDV - 2016

Lista de Morbilidad Servicio de Pediatría-2016	Total	Porcentaje	Promedio de Permanencia
Neumonía grave	60	16.39	1.32
Faringitis aguda	35	9.56	1.06
Diarrea acuosa	22	6.01	1.59
Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	20	5.46	3.15
Infección de vías urinarias, sitio no especificado	17	4.64	4.71
Diarrea con deshidratación	15	4.10	1.53
Bronquitis aguda	11	3.01	5.64
Intoxicación alimentaria bacteriana, no especificada	10	2.73	2.60
Bronconeumonía	9	2.46	4.78
Tos ferina, no especificada	9	2.46	4.44
Bronquiolitis	8	2.19	3.25
Celulitis de otras partes de los miembros	8	2.19	5.25
Hepatitis viral no especificada sin coma	7	1.91	3.43
Labio leporino, bilateral	7	1.91	2.29
Fiebre, no especificada	6	1.64	3.50
Pielonefritis crónica obstructiva	6	1.64	5.50
<b>Resto de causas</b>	<b>116</b>	<b>31.69</b>	<b>10.00</b>
<b>Total</b>	<b>366</b>	<b>100.00</b>	<b>4.95</b>

Fuente. - Registro de Egresos Hospitalarios – HRGDV 2016

Número de Egresos y Promedio de Permanencia en Hospitalización de Pediatría según la lista tabular del CIE-10, del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega del año 2016; Los tiempos de permanencia van entre los 1.06 a 5.64 días, con un promedio de permanencia para el servicio de 4.95 días; y la morbilidad de mayor tiempo de permanencia fue por bronquitis aguda con 11 egresos hospitalarios con una permanencia de (5.64 días), seguido de pielonefritis crónica obstructiva con 6 egresos hospitalarios con una permanencia de (5.50 días) .

### Número de Egresos en Hospitalización de Neonatología, según Lista Tabular CIE-10, HRGDV – 2016.

Lista de Morbilidad Servicio de Neonatología-2016	Total	Porcentaje	Promedio de Permanencia
Producto único, nacido en hospital	1558	89.54	2.6
Ictericia neonatal, no especificada	52	2.99	6.8
Sepsis bacteriana del recién nacido, no especificada	38	2.18	11.4
Taquipnea transitoria del recién nacido	13	0.75	11.1
Síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido	11	0.63	11.9
Insuficiencia respiratoria del recién nacido	5	0.29	14.2
Bajo peso para la edad gestacional	3	0.17	9.7
Fisura del paladar con labio leporino unilateral, sin otra especificación	3	0.17	7.3
Gemelos, nacidos en hospital	5	0.29	3.0
Otras hipoglicemias neonatales	3	0.17	3.3
Ictericia no especificada	2	0.11	14.5
Sepsis del recién nacido debida a anaerobios	2	0.11	6.5
Sepsis del recién nacido debida a estreptococo del grupo B	2	0.11	7.0
Síndrome de aspiración neonatal, sin otra especificación	2	0.11	7.0
<b>Resto de causas</b>	<b>41</b>	<b>2.36</b>	<b>11.3</b>
<b>Total</b>	<b>1740</b>	<b>100.00</b>	<b>3.3</b>

Fuente. - Registro de Egresos Hospitalarios – HRGDV 2016

El Número de Egresos y Promedio de Permanencia en Hospitalización de Neonatología según Capítulos CIE-10, del Hospital Regional Guillermo Díaz de la

Vega del año 2016; los tiempos de permanencia van entre los 2.6 a 14.5 días, con un promedio de permanencia para el servicio de 3.3 días; y la morbilidad de mayor tiempo de permanencia fue ictericia no especificada con 2 egresos hospitalarios con una permanencia de (14.5 días) seguido de insuficiencia respiratoria del recién nacido con 5 egresos hospitalarios con un tiempo de permanencia de (14.2 días).

### **Número de Egresos en Hospitalización de UCI, según Lista Tabular CIE-10, HRGDV – 2016.**

Lista de Morbilidad Servicio de UCI General-2016	Total	Porcentaje	Promedio de Permanencia
Traumatismo intracraneal, no especificado	6	10.34	11.2
Adherencias [bridias] intestinales con obstrucción	2	3.45	6.0
Colangitis	2	3.45	15.5
Diabetes mellitus	2	3.45	4.0
Efecto tóxico de insecticidas organofosforados y carbamatos	2	3.45	12.0
Neumonía grave	2	3.45	13.0
Absceso del intestino	1	1.72	57.0
Accidente de embarcación que causa otros tipos de traumatismo, balsa inflable (sin motor)	1	1.72	6.0
Amenaza de aborto	1	1.72	9.0
Amputación del pie, nivel no especificado	1	1.72	3.0
Angina inestable	1	1.72	1.0
Arritmia cardíaca, no especificada	1	1.72	4.0
Bronquitis aguda	1	1.72	1.0
Choque, no especificado	1	1.72	7.0
Desgarro perineal de segundo grado durante el parto	1	1.72	4.0
Diabetes mellitus no insulinodependiente, sin mención de complicación	1	1.72	4.0
<b>Resto de causas</b>	<b>32</b>	<b>55.17</b>	<b>11.7</b>
<b>Total</b>	<b>58</b>	<b>100.00</b>	<b>11.0</b>

Fuente. - Registro de Egresos Hospitalarios – HRGDV 2016

El Número de Egresos y Promedio de Permanencia en Hospitalización de en UCI General según Capítulos CIE-10, del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega del año 2016; los tiempos de permanencia van entre los 1.0 a 57 días, con un promedio de permanencia para el servicio de 11.0 días; y la morbilidad de mayor tiempo de permanencia fue absceso del intestino con 1 egresos hospitalarios con una permanencia de (57.0 días), seguido de colangitis con 2 egresos hospitalarios con un tiempo de permanencia de (15.5 días).

### **3.1.3. MORTALIDAD HOSPITALARIA**

Las estadísticas de mortalidad reflejan la frecuencia con que ocurren en la población aquellas enfermedades que conducen a la muerte. Son compiladas rutinariamente en muchos países y suministran un indicador fácilmente disponible para indicar la frecuencia con que ocurren esas enfermedades en función del tiempo, del lugar y de las personas. Por tanto, tienen importancia como un medio para lograr una visión epidemiológica de la enfermedad. Para ello debe considerarse la recomendación de la OMS. En 1967, la 20a Asamblea Mundial de la Salud definió las causas de defunción como «todas aquellas enfermedades, estados morbosos o lesiones que produjeron la muerte o

contribuyeron a ella, y las circunstancias del accidente o de la violencia que produjo dichas lesiones». El propósito de esta definición era asegurar que se registrara toda la información pertinente y que el certificador no seleccionara algunas afecciones para registrarlas y rechazara otras. La definición no incluye síntomas ni modos de morir, tales como paro cardíaco o insuficiencia respiratoria, cuando son el resultado final de un proceso de enfermedad. (2)

**A  
S  
I  
S  
  
2  
0  
1  
6**

**Tasa de Mortalidad en Hospitalización General por ciclos de vida, HGDV–del año 2016**

Ciclo de Vida	Tasa de Mortalidad 2012			Tasa de Mortalidad 2013			Tasa de Mortalidad 2014			Tasa de Mortalidad 2015			Tasa de Mortalidad 2016		
	Nº Egresos	Fallecidos	TBM	Nº Egresos	Fallecidos	TBM	Nº Egresos	Fallecidos	TBM	Nº Egresos	Fallecidos	TBM	Nº Egresos	Fallecidos	TBM
Neonatales	1603	16	1.00	1534	4	0.26	1582	0	0.00	1771	9	0.51	1744	7	0.40
Infantiles	115	2	1.74	258	7	2.71	273	24	8.79	79	0	0.00	95	1	1.05
Pre Escolares	231	3	1.30	263	0	0.00	252	3	1.19	167	0	0.00	218	1	0.46
Escolares	146	0	0.00	145	0	0.00	156	0	0.00	135	0	0.00	121	0	0.00
Adolescentes	731	0	0.00	637	0	0.00	713	4	0.56	661	1	0.15	684	1	0.15
Adultos	2996	15	0.50	3079	17	0.55	3661	26	0.71	3176	28	0.88	3550	35	0.99
Adultos Mayores	723	49	6.78	743	45	6.06	1081	103	9.53	796	54	6.78	734	68	9.26
<b>Total General</b>	<b>6545</b>	<b>85</b>	<b>1.30</b>	<b>6659</b>	<b>73</b>	<b>1.10</b>	<b>7718</b>	<b>160</b>	<b>2.07</b>	<b>6785</b>	<b>92</b>	<b>1.36</b>	<b>7146</b>	<b>113</b>	<b>1.58</b>

Fuente. - Egresos Hospitalarios – Estadística e Informática HRGDV 2016

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 2012 al 2016; la mortalidad en el hospital en el año 2012 fue de 85 casos de 6545 egresos hospitalarios con una tasa bruta de (1.30%); 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.

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%.

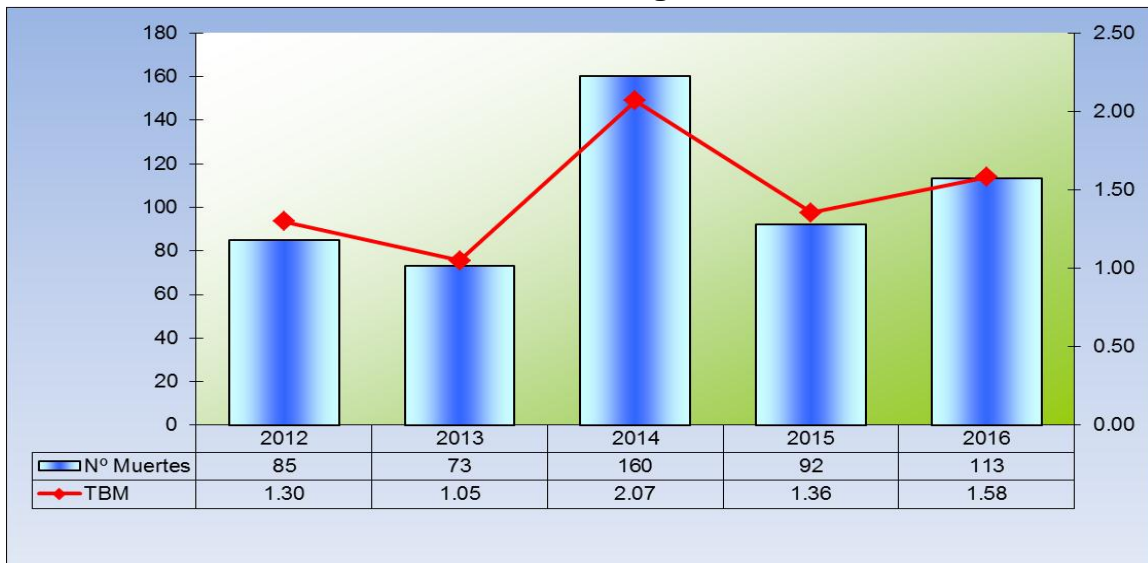
**Tasa de Mortalidad en Hospitalización General por Servicios, HRGDV – 2016**

Servicios	2012			2013			2014			2015			2016		
	Nº Egresos	Nº Fallecidos	T.M.	Nº Egresos	Nº Fallecidos	T.M.	Nº Egresos	Nº Fallecidos	T.M.	Nº Egresos	Nº Fallecidos	T.M.	Nº Egresos	Nº Fallecidos	T.M.
Medicina	984	58	5.89	797	48	6.02	1411	76	5.39	909	59	6.49	901	71	7.88
Cirugía	882	7	0.79	881	9	1.02	915	9	0.98	902	6	0.67	1046	11	1.05
Traumatología	421	0	0.00	520	1	0.19	520	0	0.00	615	0	0.00	604	4	0.66
GinecoObstetricia	2256	1	0.04	2366	1	0.04	2627	0	0.00	2210	3	0.14	2417	2	0.08
Pediatría	404	3	0.74	389	0	0.00	1762	0	0.00	326	0	0.00	366	0	0.00
Neonatología	1598	16	1.00	1649	3	0.18	380	24	6.32	1750	9	0.51	1740	7	0.40
UCI	0	0	0.00	47	11	23.40	103	51	49.51	73	15	20.55	58	17	29.31
<b>Total general</b>	<b>6545</b>	<b>85</b>	<b>1.30</b>	<b>6649</b>	<b>73</b>	<b>1.10</b>	<b>7718</b>	<b>160</b>	<b>2.07</b>	<b>6785</b>	<b>92</b>	<b>1.36</b>	<b>7132</b>	<b>113</b>	<b>1.58</b>

Fuente. - Egresos Hospitalarios – Estadística e Informática HRGDV 2016

La Tasa de Mortalidad neta en Hospitalización General por Servicios, del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega del año 2012 al 2016, 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 71 muertes con una tasa de mortalidad de (7.88) seguido del departamento de UCI General con 17 muertes con una tasa de (29.31), el Departamento de Cirugía con 11 muertes con una tasa de (1.05); de Medicina con 76 muertes y para el año 2015 se tuvieron 6785 egresos hospitalarios y la mortalidad fue de 92 con una tasa de mortalidad de (1.36).

**Número de Muertes y Tasa Bruta de Mortalidad Hospitalaria, Hospital Guillermo Díaz de la Vega 2012 - 2016**



Fuente. - Egresos Hospitalarios – Estadística e Informática HRGDV 2016

La Tasa de Mortalidad en Hospitalización General por Servicios, del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega del año 2012 al 2016, se observa en los últimos años; desde el año 2012 se tuvo un total de 58 con una tasa de (1.30); seguido 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).

**A  
S  
I  
S  
  
2  
0  
1  
6**

**Causas de Mortalidad en Hospitalización General por grupos de edad,  
según Lista Tabular CIE-10, HRGDV – 2016**

Descripción de Causas	0-28 días	<1 año	1-4 años	10-19 años	20-64 años	65 a + años	Total general	%	% Acum
Neumonía grave					1	6	7	6.2	6.2
Septicemia, no especificada					1	5	6	5.3	11.5
Cirrosis hepática alcohólica					3	2	5	4.4	15.9
Insuficiencia respiratoria aguda					1	4	5	4.4	20.4
Insuficiencia cardíaca congestiva					1	3	4	3.5	23.9
Otras cirrosis del hígado y las no especificadas					3	1	4	3.5	27.4
Choque hipovolémico					2	1	3	2.7	30.1
Paro cardíaco, no especificado						3	3	2.7	32.7
Hemorragia subdural (aguda) (no traumática)					1	1	2	1.8	34.5
Hipertensión esencial						2	2	1.8	36.3
Hipertensión pulmonar primaria						2	2	1.8	38.1
Infarto cerebral, no especificado						2	2	1.8	39.8
Insuficiencia respiratoria crónica						2	2	1.8	41.6
Insuficiencia respiratoria del recién nacido	1		1				2	1.8	43.4
Insuficiencia respiratoria, no especificada						2	2	1.8	45.1
Traumatismo intracraneal, no especificado						2	2	1.8	46.9
Tuberculosis miliar, sin otra especificación					2		2	1.8	48.7
Abdomen agudo						1	1	0.9	49.6
Absceso cutáneo, furúnculo y carbunco de glúteos					1		1	0.9	50.4
Anencefalia	1						1	0.9	51.3
Apendicitis aguda, no especificada						1	1	0.9	52.2
Artritis tuberculosa, sitio no especificado						1	1	0.9	53.1
Blastomycosis pulmonar crónica					1		1	0.9	54.0
Bloqueo auriculoventricular completo						1	1	0.9	54.9
Bronquitis aguda		1					1	0.9	55.8
Colangitis						1	1	0.9	56.6
Criptococosis cerebral					1		1	0.9	57.5
Deficiencia adquirida de factores de la coagulación					1		1	0.9	58.4
Derrame pleural no clasificado en otra parte						1	1	0.9	59.3
Diabetes mellitus						1	1	0.9	60.2
Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso						1	1	0.9	61.1
Resto de causas	5			1	16	22	44	38.9	100.0
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>35</b>	<b>68</b>	<b>113</b>	<b>100.0</b>	

Fuente. - Registro de Egresos Hospitalarios – HRGDV 2016



Las Causas de Mortalidad en Hospitalización General por grupos de edad, según Lista Tabular CIE-10, del hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega 2016; siendo la causa principal de defunción en general en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega fue por neumonía grave con 7 casos con un porcentaje de (6.7%) su mayor impacto en la etapa de vida adulto mayor; seguido de septicemia no especificada con 6 casos con un porcentaje de (5.3%) y tercera causa fue cirrosis hepática alcohólica con 5 casos con un (4.4%).

### **Diez Primeras Causas de Mortalidad General, RGDV – 2016**

Descripción de Causas	0-28 días	<1 año	1-4 años	10-19 años	20-64 años	65 a + años	Muertes	%
Neumonía grave	0	0	0	0	1	6	7	6.2
Septicemia, no especificada	0	0	0	0	1	5	6	5.3
Cirrosis hepática alcohólica	0	0	0	0	3	2	5	4.4
Insuficiencia respiratoria aguda	0	0	0	0	1	4	5	4.4
Insuficiencia cardíaca congestiva	0	0	0	0	1	3	4	3.5
Otras cirrosis del hígado y las no especificadas	0	0	0	0	3	1	4	3.5
Choque hipovolémico	0	0	0	0	2	1	3	2.7
Paro cardíaco, no especificado	0	0	0	0	0	3	3	2.7
Hemorragia subdural (aguda) (no traumática)	0	0	0	0	1	1	2	1.8
Hipertensión esencial	0	0	0	0	0	2	2	1.8
Resto de causas	7	1	1	1	22	40	72	63.7
<b>Total General</b>	<b>7</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>35</b>	<b>68</b>	<b>113</b>	<b>100.0</b>

Fuente. - Registro de Egresos Hospitalarios – HRGDV 2016

Primeras Causas de Mortalidad General, del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega 2016, de un total de 7132 egresos hospitalarios se tuvieron 113 fallecidos; la primera causa de mortalidad hospitalaria fue por neumonía grave con 7 casos con un porcentaje de (6.2%), seguido de septicemia, no especificada con 6 casos con un porcentaje de (5.3%) y como tercera causa fue por cirrosis hepática alcohólica con 5 casos con un porcentaje de (4.4%).

### **Primeras Causas de Mortalidad en Hospitalización del Servicio de UCI General, según Lista Tabular CIE-10, HRGDV – 2016**

Descripción de Causas	<1 año	20-64 años	65 a + años	Total general	%
Bronquitis aguda	1			1	5.9
Colangitis			1	1	5.9
Diabetes mellitus			1	1	5.9
Encefalitis aguda diseminada			1	1	5.9
Insuficiencia cardíaca congestiva		1		1	5.9
Insuficiencia respiratoria aguda			1	1	5.9
Insuficiencia respiratoria, no especificada			1	1	5.9
Neumonía debida a otros microorganismos infecciosos especificados			1	1	5.9
Neumonía grave			1	1	5.9
Neumonía muy grave			1	1	5.9
Pancreatitis aguda		1		1	5.9
Quiste biliar		1		1	5.9
Septicemia debida a Salmonella			1	1	5.9
Septicemia, no especificada			1	1	5.9
Traumatismo de otros nervios a nivel del abdomen, de la región lumbosacra y de la pelvis y de los no especificados		1		1	5.9
Traumatismo intracraneal, no especificado			2	2	11.8
<b>Total general</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>10</b>	<b>17</b>	<b>100.0</b>

Fuente. - Registro de Egresos Hospitalarios – HRGDV 2016

Primeras Causas de Mortalidad en UCI General, del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega al 2016, de un total de 113 fallecidos 17 fueron muertes de UCI General; la primera causa de mortalidad fue por bronquitis aguda con 2 casos, seguido de colangitis con 2 casos y tercera causa fue por diabetes mellitos con 2 casos.

**Primeras Causas de Mortalidad en Hospitalización del  
 Servicio de Medicina, según Lista Tabular CIE-10, HRGDV – 2016**

**A  
S  
I  
S  
2  
0  
1  
6**

Descripción de Causas	10-19 años	20-64 años	65 a + años	Total general	Porcentaje (%)
Neumonía grave	1	5	6	8.5	
Cirrosis hepática alcohólica	3	2	5	7.0	
Insuficiencia respiratoria aguda	1	3	4	5.6	
Otras cirrosis del hígado y las no especificadas	3	1	4	5.6	
Septicemia, no especificada		4	4	5.6	
Insuficiencia cardíaca congestiva		3	3	4.2	
Choque hipovolémico	2		2	2.8	
Hemorragia subdural (aguda) (no traumática)	1	1	2	2.8	
Hipertensión esencial		2	2	2.8	
Hipertensión pulmonar primaria		2	2	2.8	
Infarto cerebral, no especificado		2	2	2.8	
Insuficiencia respiratoria crónica		2	2	2.8	
Paro cardíaco, no especificado		2	2	2.8	
Absceso cutáneo, furúnculo y carbunco de glúteos	1		1	1.4	
Artritis tuberculosa, sitio no especificado		1	1	1.4	
Bloqueo auriculoventricular completo		1	1	1.4	
Criptococosis cerebral	1		1	1.4	
Derrame pleural no clasificado en otra parte		1	1	1.4	
Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso		1	1	1.4	
Edema cerebral	1		1	1.4	
Efecto tóxico de insecticidas organofosforados y carbamatos	1		1	1.4	
Enfermedad por VIH, resultante en enfermedad infecciosa o parasitaria no especificada	1		1	1.4	
Enfermedad por VIH, resultante en otros tipos de linfoma no Hodgkin	1		1	1.4	
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, no especificada		1	1	1.4	
Eritema elevatum diutinum	1		1	1.4	
Hemorragia subaracnoidea, no especificada		1	1	1.4	
Insuficiencia respiratoria, no especificada		1	1	1.4	
Linfoma no Hodgkin de células pequeñas (difuso)	1		1	1.4	
Meningitis debidas a otras causas especificadas	1		1	1.4	
Neumonitis debida a aspiración de otros sólidos y líquidos		1	1	1.4	
Otras enfermedades pulmonares intersticiales con fibrosis		1	1	1.4	
Otras gastritis		1	1	1.4	
Otros trastornos cerebrovasculares en enfermedades clasificadas en otra parte	1		1	1.4	
Síndrome de dificultad respiratoria del adulto		1	1	1.4	
Tuberculosis miliar, sin otra especificación	1		1	1.4	
Tuberculosis pulmonar		1	1	1.4	
Tumor de comportamiento incierto o desconocido de la tráquea, de los bronquios y del pulmón		1	1	1.4	
Tumor maligno de la mama, parte no especificada		1	1	1.4	
Tumor maligno de los bronquios o del pulmón, parte no especificada		1	1	1.4	
Tumor maligno del cerebro, excepto lóbulos y ventrículos		1	1	1.4	
Tumor maligno del colon, parte no especificada		1	1	1.4	
Tumor maligno del estómago, parte no especificada	1		1	1.4	
Tumor maligno del páncreas, parte no especificada		1	1	1.4	
Tumor maligno del peritoneo, sin otra especificación		1	1	1.4	
<b>Total general</b>	<b>1</b>	<b>23</b>	<b>47</b>	<b>71</b>	<b>100.0</b>

Fuente. - Registro de Egresos Hospitalarios – HRGDV 2016



Primeras Causas de Mortalidad en el servicio de medicina del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega 2016, de un total de 113 fallecidos 71 que corresponde a (62.8%); la primera causa de muerte fue por neumonía grave con 7 casos con un porcentaje de (8.5%), seguido de cirrosis hepática alcohólica con 5 casos con un porcentaje de (7.0%) y como tercera causa fue insuficiencia respiratoria aguda con 4 casos un porcentaje de (5.6%).

**Primeras Causas de Mortalidad en Hospitalización del Servicio de Cirugía, según Lista Tabular CIE-10, HRGDV – 2016**

Descripción de Causas	20-64 años	65 a + años	Total general	Porcentaje (%)
Abdomen agudo		1	1	9.1
Apendicitis aguda, no especificada		1	1	9.1
Blastomycosis pulmonar crónica	1		1	9.1
Deficiencia adquirida de factores de la coagulación	1		1	9.1
Enfermedad isquémica crónica del corazón, no especificada		1	1	9.1
Hematuria recurrente y persistente, glomerulonefritis membranosa difusa		1	1	9.1
Neumotórax, no especificado		1	1	9.1
Otros trastornos del peritoneo en enfermedades infecciosas clasificadas en otra parte		1	1	9.1
Septicemia, no especificada		1	1	9.1
Tuberculosis miliar, sin otra especificación	1		1	9.1
Tumor maligno del recto		1	1	9.1
<b>Total general</b>	<b>3</b>	<b>8</b>	<b>11</b>	<b>100.0</b>

Fuente. - Registro de Egresos Hospitalarios – HRGDV 2016

Primeras Causas de Mortalidad en el servicio de Cirugía, del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega al año 2016, de un total de 113 fallecidos hospitalarios se tuvieron 11 fallecidos con un porcentaje de (9.7%); se observa que todos los casos se consideran con 2 casos de muerte y con mismo porcentaje de (9.1%) se tuvieron muerte por abdomen agudo, apendicitis aguda, no especificada y por otras causas. Primeras Causas de Mortalidad en Hospitalización del

**Servicio de Traumatología, según Lista Tabular CIE-10, HRGDV – 2016**

Descripción de Causas	65 a + años	Total general
Choque hipovolémico	2	1
Paro cardíaco, no especificado	1	1
Síndrome hemolítico-urémico	1	1
<b>Total general</b>	<b>4</b>	<b>4</b>

Fuente. - Registro de Egresos Hospitalarios – HRGDV 2016

Primeras Causas de Mortalidad en el servicio de traumatología, del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega al año 2016, de un total de 113 fallecidos hospitalarios se tuvieron 04 fallecidos con un porcentaje de (3.75%); se observa

que todos los casos se consideran con 2 casos de muerte por choque hipovolémico.

A  
S  
I  
S  
2  
0  
1  
6

**Primeras Causas de Mortalidad en Hospitalización del  
 Servicio de Neonatología, según Lista Tabular CIE-10, HRGDV – 2016**

Descripción de Causas	0-28 días	Total Fallecidos	%
Anencefalia	1	1	13
Enfermedad pulmonar del corazón, no especificada	1	1	13
Insuficiencia respiratoria del recién nacido	2	2	25.0
Malformación congénita del sistema digestivo, no especificada	1	1	13
Malformaciones congénitas múltiples, no clasificadas en otra parte	1	1	13
Sepsis bacteriana del recién nacido, no especificada	1	1	13
Síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido	1	1	13
<b>Total general</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>100</b>

Fuente. - Registro de Egresos Hospitalarios – HRGDV 2016

Las Primeras Causas de Mortalidad en neonatología, del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega 2016, del total de 113 fallecidos se tuvieron 8 fallecidos ( la primera causa de mortalidad hospitalaria fue por dificultad respiratoria del recién nacido, no especificada con 2 casos con (25.0%), seguido de las demás causas con un caso como anencefalia 1 caso, enfermedad del corazón, no especificada, malformación congénita del sistema digestivo, no especificada, malformaciones congénitas múltiples no clasificadas en otra parte, sepsis bacteriana del recién nacido, no especificada, síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido.

**Primeras Causas de Mortalidad en Hospitalización del  
 Servicio de GINECOLOGIA, según Lista Tabular CIE-10, HRGDV – 2016**

Descripción de Causas	20-64 años	Total general	%
Insuficiencia cardíaca, no especificada	1	1	50.0
Quiste de la glándula de Bartholin	1	1	50.0
<b>Total general</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>100.0</b>

Fuente. - Registro de Egresos Hospitalarios – HRGDV 2016

Las causas de mortalidad en el servicio de Ginecología, para el año 2016, se tuvieron 2 fallecidos y las causas fueron por insuficiencia cardiaca, no especificada y quiste de la glándula de barthholin.

### **3.2. INFORME DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA AÑO 2016.**

La Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud es la responsable de la conducción del sistema de vigilancia epidemiológica en salud pública, y como tal establece las enfermedades y eventos sujetos a la vigilancia epidemiológica en el ámbito nacional por la directiva Sanitaria N° 046-MINSA/DGE-V.01.

La vigilancia epidemiológica de enfermedades en el país y el análisis continuo de la información es de suma importancia, ya que ello conlleva, a la identificación de brotes, monitorización de las tendencias y distribución de las enfermedades. El sistema de vigilancia epidemiológica a nivel nacional, integra herramientas y recursos para obtener los datos que permiten monitorear el estado y la tendencia de la situación de salud de la población los cuales van a contribuir en la generación de políticas, estrategias y actividades programadas en el documento de Plan Operativo Institucional.

La Unidad de Epidemiología del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, desarrolla sus actividades de Vigilancia Epidemiológica Activa, selectiva y búsqueda activa de enfermedades inmunoprevenibles en Consulta Externa, Emergencia y Hospitalización; con la notificación de enfermedades o eventos sujetos a vigilancia de la demanda referencial de las redes del primer nivel de atención de los diferentes establecimientos de salud particular o del MINSA procedentes de los distritos, provincias del departamento de Apurímac así mismo procedentes de otros departamentos; para poner a disposición de la Red Nacional de Epidemiología (RENACE) y a todo el personal de salud.

El presente Informe indica el cierre anual de la notificación, control de calidad y el análisis estadístico de la base de datos, de las enfermedades notificadas con la finalidad de prevenir, controlar, eliminar o erradicar las enfermedades y eventos de importancia para la salud pública.

La Unidad de Epidemiología se encuentra organizada conformando los diferentes comités operativos de Vigilancia, Prevención y Control para el cumplimiento de los objetivos y metas programados en el Plan Operativo del año 2014-2016, de la Unidad de Epidemiología del HRGDV.

La Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud es la responsable de la conducción del sistema de vigilancia epidemiológica en salud pública, y como tal establece las enfermedades y eventos sujetos a la vigilancia epidemiológica en el ámbito nacional por la directiva Sanitaria N° 046-MINSA/DGE-V.01.

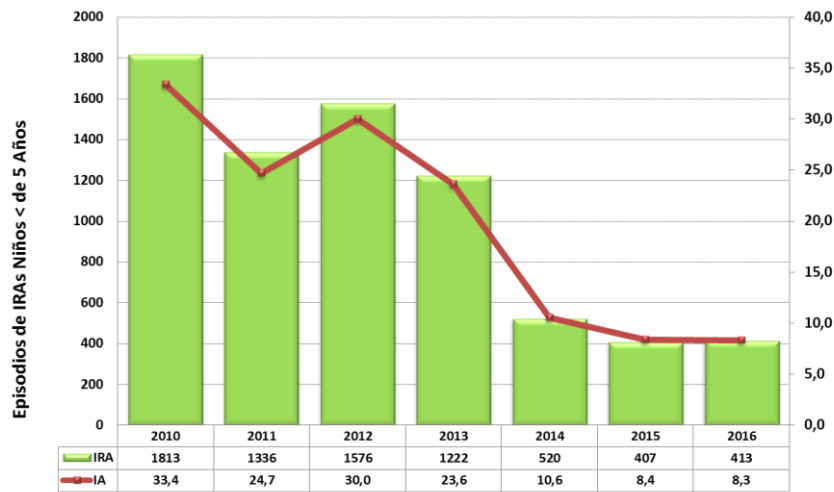
**VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE CASOS DE INFECCIONES  
RESPIRATORIAS AGUDAS IRAs-NEUMONIAS, SOBA/ASMA HOSPITAL  
REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA AÑO 2016**

**3.2.1. VIGILANCIA DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS**

A  
S  
I  
S  
2  
0  
1  
6

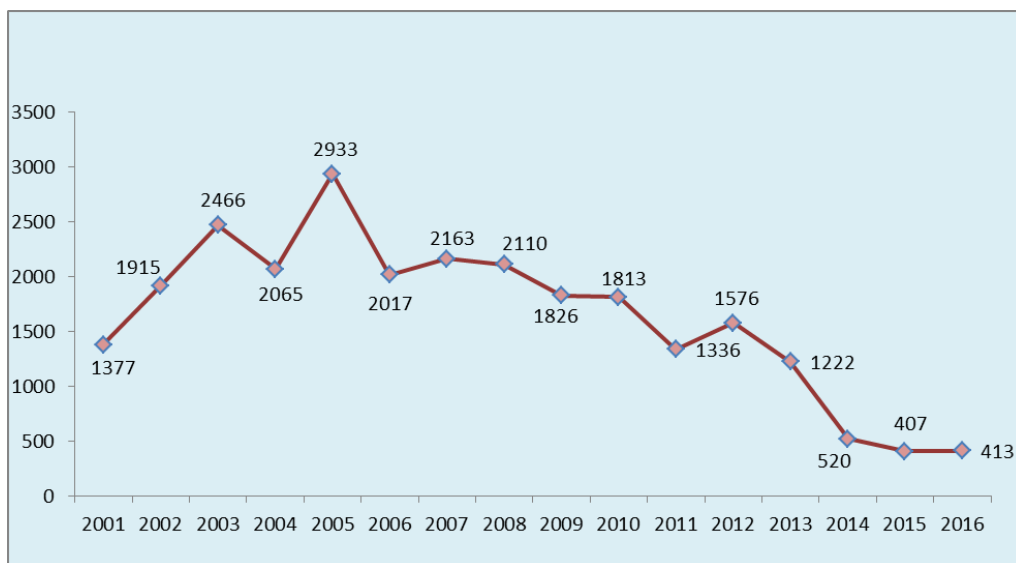
Las enfermedades respiratorias IRA/Neumonía es la primera causa de muerte en todas las etapas de vida y su mayor incidencia y letalidad se presenta en las edades extremas, así como en menores de 04 años y mayores de 65 años, a consecuencia del fenómeno del niño; como la temporada de frío, heladas, granizadas, nevadas y friaje en las regiones de la sierra, y selva, así como también las zonas periurbanas marginales alto andinas. Comúnmente, las zonas alto andinas es la más afectada con las bajas temperaturas que llegan hasta los 0° C, se suman a ello, la población de escasos recursos económicos donde todavía no han llegado las cocinas mejoradas existiendo todavía las cocinas con leña por consiguiente la contaminación del ambiente donde viven. La importancia de las enfermedades respiratorias agudas (IRA) en niños menores de 4 años son un problema serio, tanto así que el Ministerio de Salud las considera una prioridad técnica y de política sanitaria en todo el país. La demanda de los casos de Infecciones Respiratorias en el Hospital Regional Guillermo Díaz ha disminuido por ser un Hospital Referencial. La población primeramente acude a los establecimientos de salud de nivel I-1, I-2, I-3, I-4; II-1. La lactancia materna exclusiva es la práctica de alimentar a la niña o al niño con solo leche materna, alimento que está libre de contaminantes y gérmenes, previene las infecciones respiratorias agudas y refuerza su sistema inmunológico, razón por la cual es considerada como el único alimento capaz de satisfacer todas las necesidades nutricionales de la niña o el niño durante los primeros seis meses de vida, sin requerir otros alimentos o agregados como agua o jugos.

**INCIDENCIA ACUMULADA DE CASOS DE IRA EN MENORES DE 4 AÑOS  
 2010-2016**



A  
S  
I  
S  
  
2  
0  
1  
6

**Tendencia de IRAs en General del 2001 al 2016**

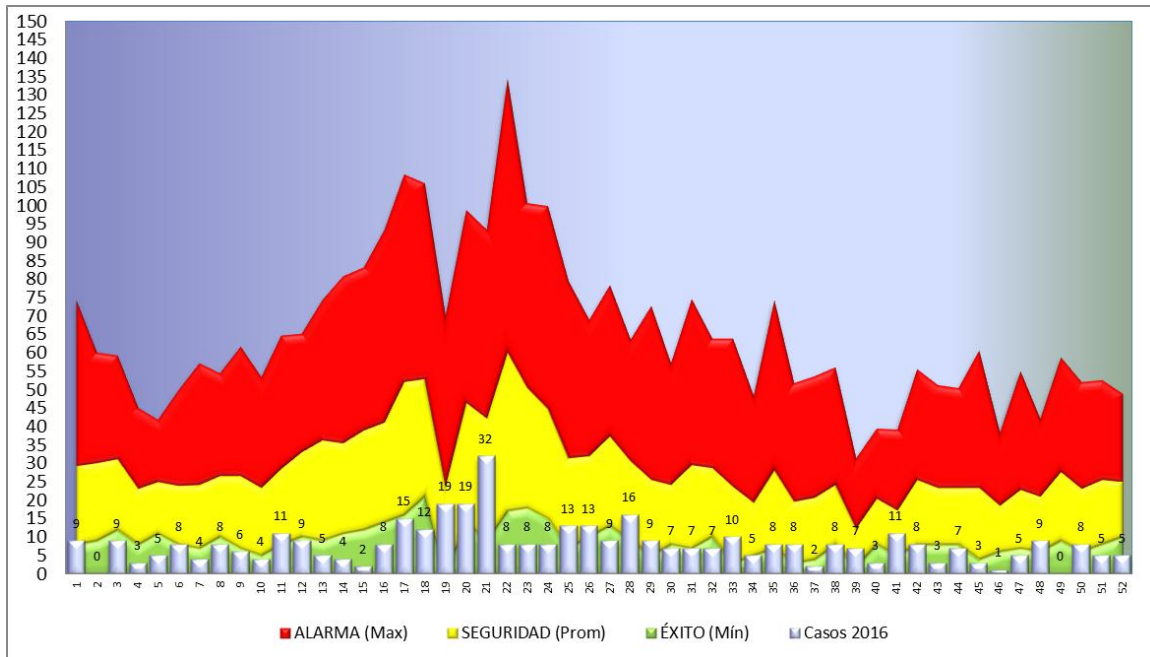


Fuente: Unidad de Epidemiología HRGDV 2016

La demanda de atenciones por episodios de infecciones respiratorias en general desde el año 2001 al 2016 fue disminuyendo por no tener ya población asignada y ser un hospital Referencial priorizando los casos complicados.

**Canal Endémico de IRAs en General por semana Epidemiológica HRGDV  
 2016**

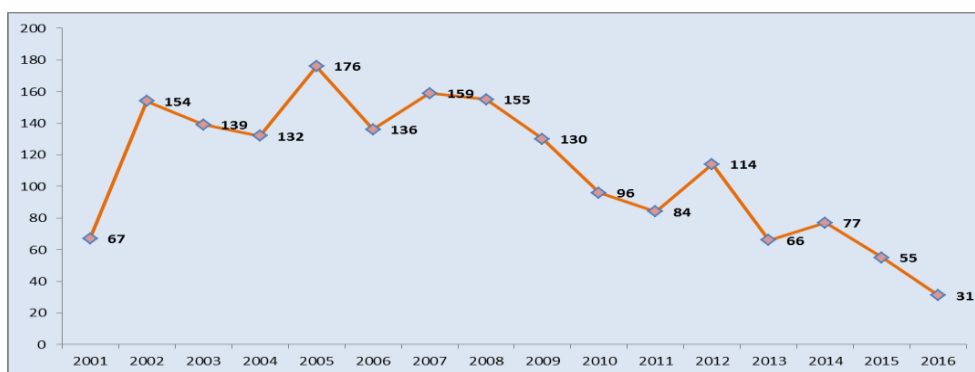
**A  
S  
I  
S  
  
2  
0  
1  
6**



Fuente: Unidad de Epidemiología HRGDV 2016

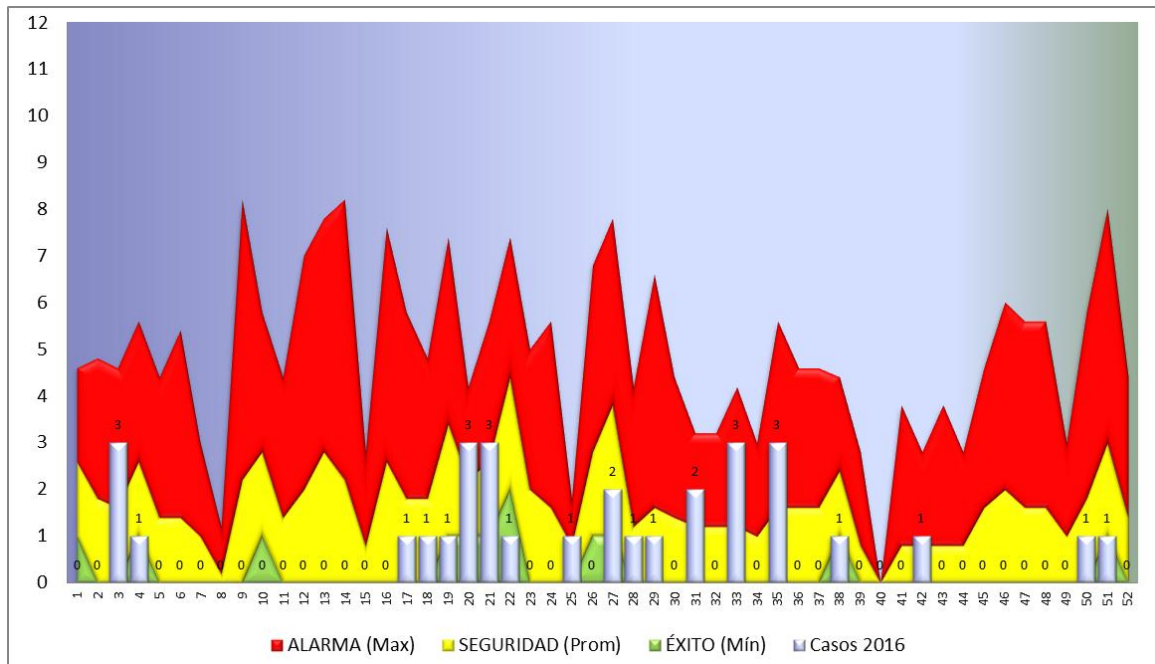
El Canal Endémico comparativo con los años anteriores de Casos de IRAs en menores de 4 años (Rinogaringitis Aguda, y Rinofaringitis e IRAs en general), atendidos en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega al año 2016; a la semana 52 de la vigilancia epidemiológica las tendencias del comportamiento del canal endémico de casos de IRA llegaron a 413 episodios de Rinofaringitis.

**Tendencia de IRAs en < de 2 M del 2001 al 2016**



Fuente: Unidad de Epidemiología HRGDV 2016

**Canal Endémico de IRAs < 2 Meses Por semana epidemiológica HRGDV  
 2016**



A  
S  
I  
S  
  
2  
0  
1  
6

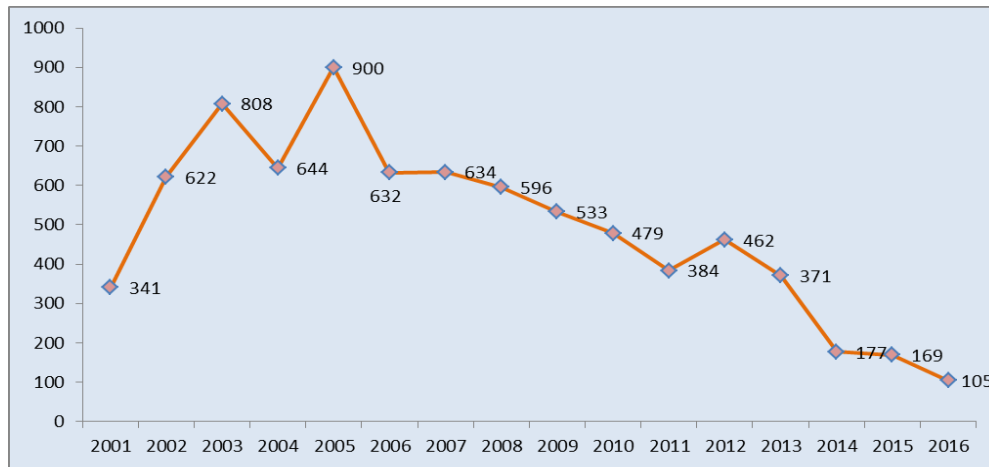
Fuente: Unidad de Epidemiología HRGDV 2016

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 2016; a la semana 52 de la vigilancia epidemiológica se tuvieron 60 episodios de IRAs, observándose curvas epidémicas de Rinofaringitis agudas en la semana 33 y 35; en el resto de las semanas epidemiológicas las curvas de las tendencias estuvieron en zonas no epidémicas.



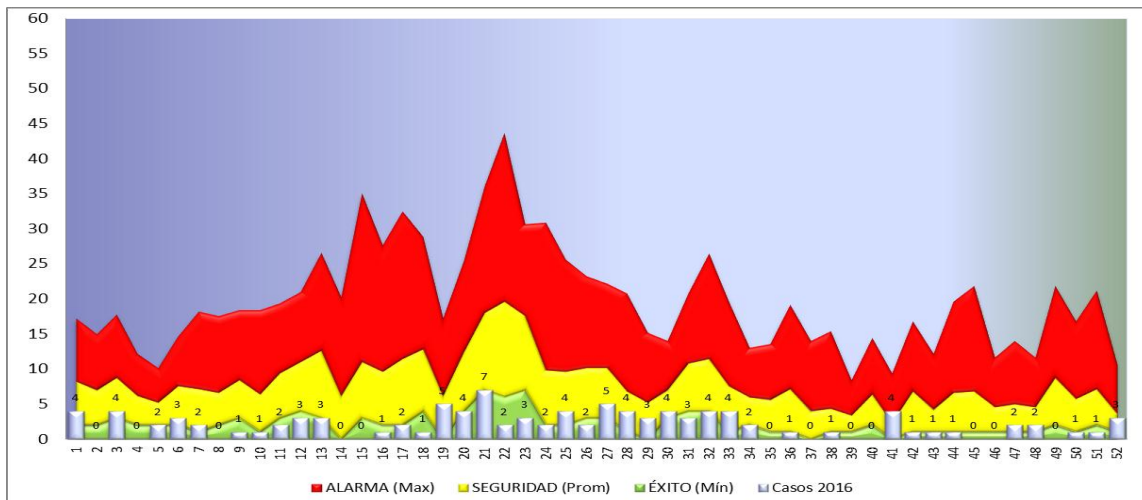
**A  
S  
I  
S  
  
2  
0  
1  
6**

**Tendencia de IRAs de 2 a 11 M del 2001 al 2016**



Fuente: Unidad de Epidemiología HRGDV 2016

**Canal Endémico de casos de IRAs de 2-11 meses por semana  
 Epidemiológica HRGDV 2016.**

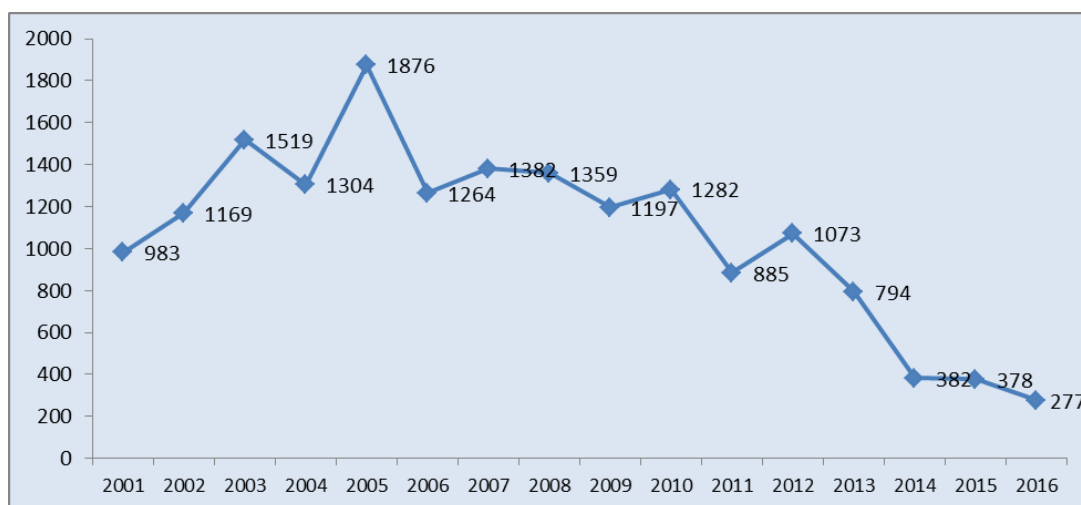


Fuente: Unidad de Epidemiología HRGDV 2016

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 2016; a la semana 52 de la vigilancia epidemiológica se tuvieron 105 episodios de IRAs de casos de Rinofaringitis agudas curvas de las tendencias en zonas no epidémicas.

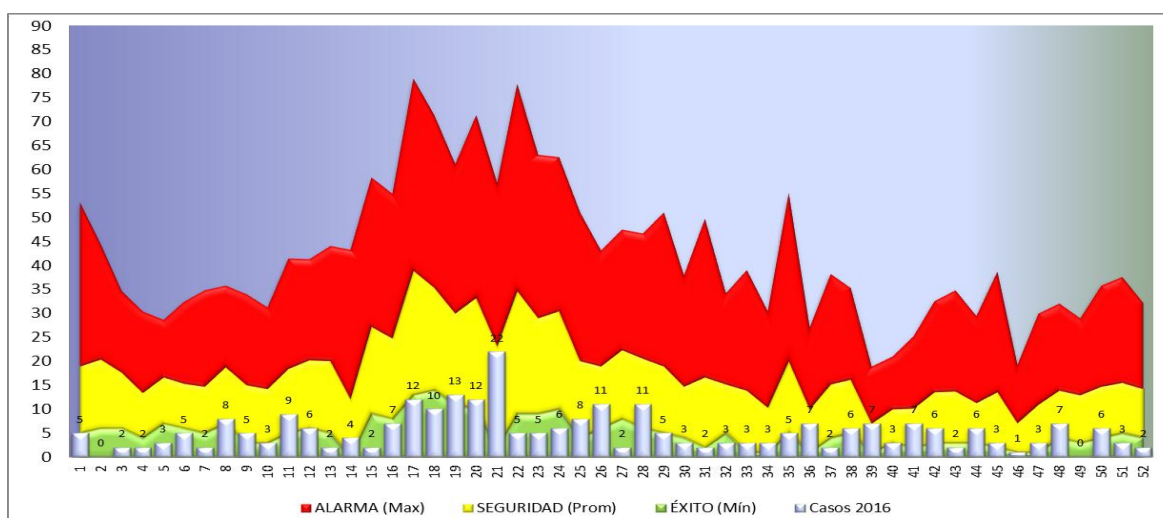


**Tendencia de IRAs de 1 a 4 años del 2001 al 2016**



Fuente: Unidad de Epidemiología HRGDV 2016

**Canal Endémico de IRAs de 1 a 4 años por semana epidemiológica HRGDV 2016**

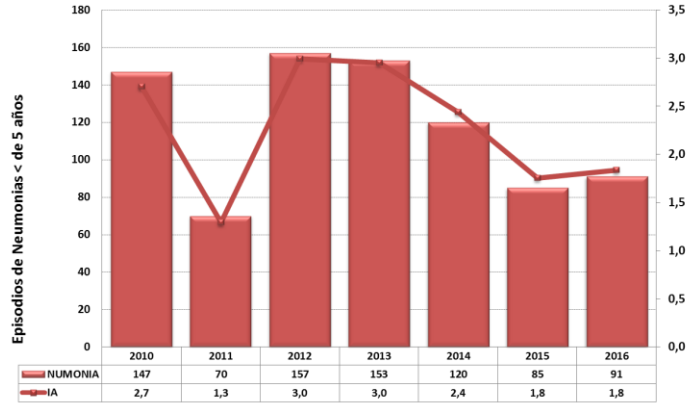


Fuente: Unidad de Epidemiología HRGDV 2016

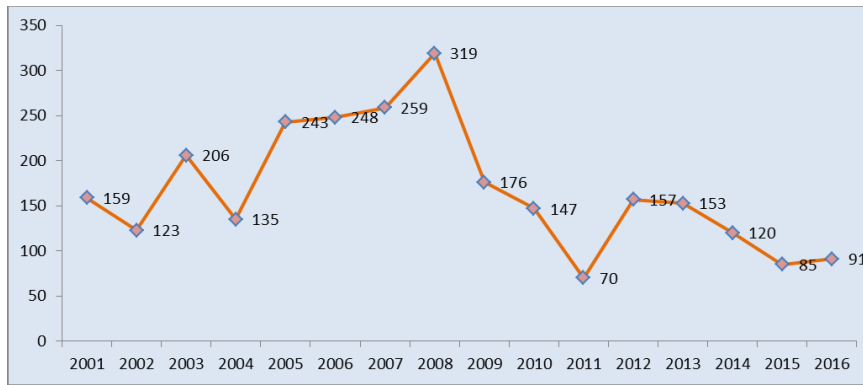
El Canal Endémico comparativo con los años anteriores de Casos de IRAs en el grupo de edad de 1 a 4 años, atendidos en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega al año 2016; a la semana 52 de la vigilancia epidemiológica se tuvieron 277 episodios de IRAs, casos de Rinofaringitis agudas se observa curvas de las tendencias en zonas no epidémicas. Este año no se presentaron picos epidémicos.

**A  
S  
I  
S  
  
2  
0  
1  
6**

**TENDENCIA DE CASOS DE NEUMONIAS HRGDV - 2010 AL 2016**

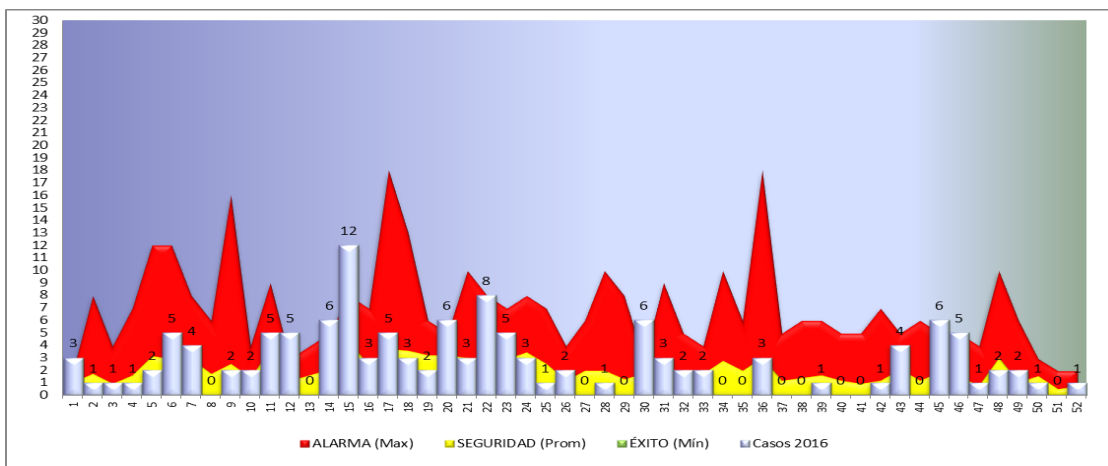


**Tendencia de NEUMONIAS en General del 2001 al 2016**



Fuente: Unidad de Epidemiología HRGDV 2016

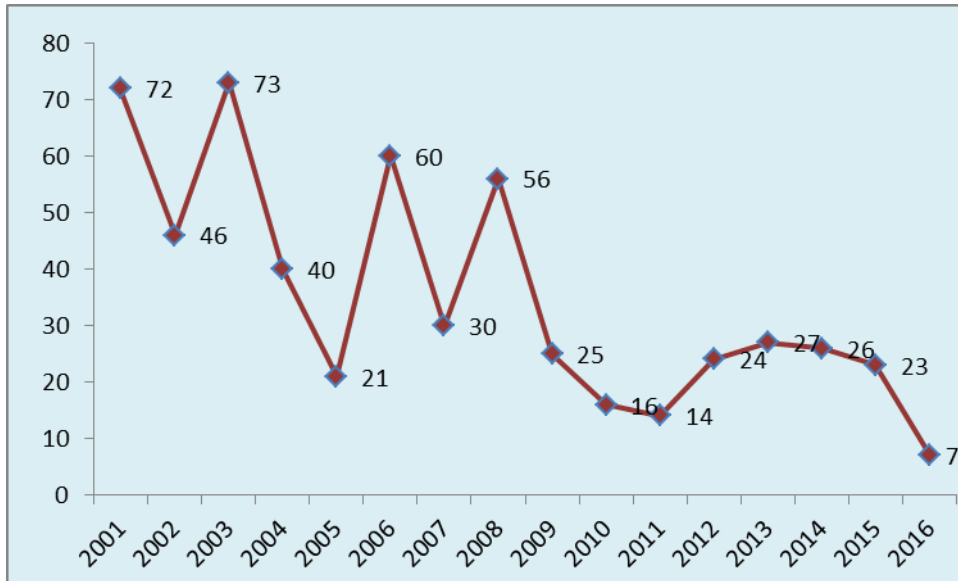
**Canal Endémico de NEUMONIAS em General HRGDV DEL 2001 al 2016**



Fuente: Unidad de Epidemiología HRGDV 2016

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 2016; a la semana 52 de la vigilancia epidemiológica se tuvo 131 de episodios de neumonías a comparación del año pasado.

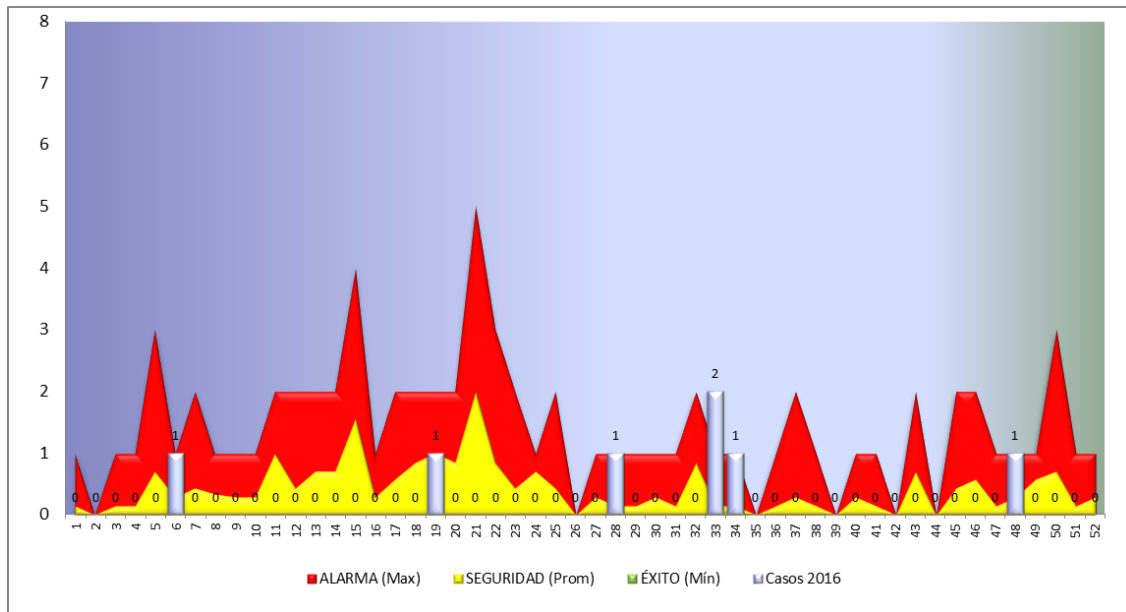
**Tendencia de Neumonías de 2 a 11 M del 2001 al 2016**



Fuente: Unidad de Epidemiología HRGDV 2016

A  
S  
I  
S  
  
2  
0  
1  
6

**Canal Endémico de NEUMONIAS de 2 a 11 meses por semana HRGDV 2016**

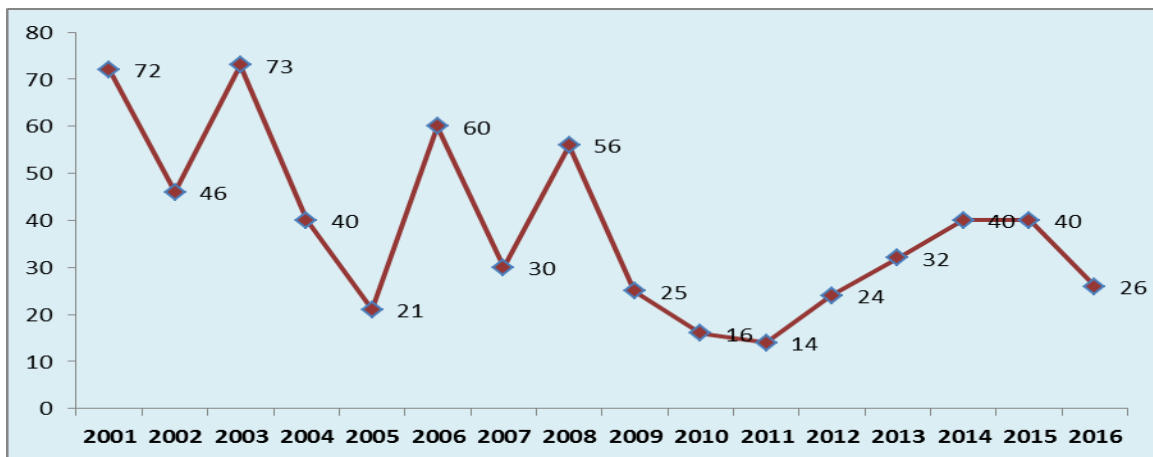


Fuente: Unidad de Epidemiología HRGDV 2016

El Canal Endémico comparativo con los años anteriores de Casos de Neumonías en menores de 2 a 11 meses (neumonías viral adquirida en la comunidad), atendidos en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega al año 2016; a la semana 52 de la vigilancia epidemiológica se presentaron 7 episodios de neumonías, la mayor tendencia de curva epidémica se presentó en las semana 33,35 y 48.

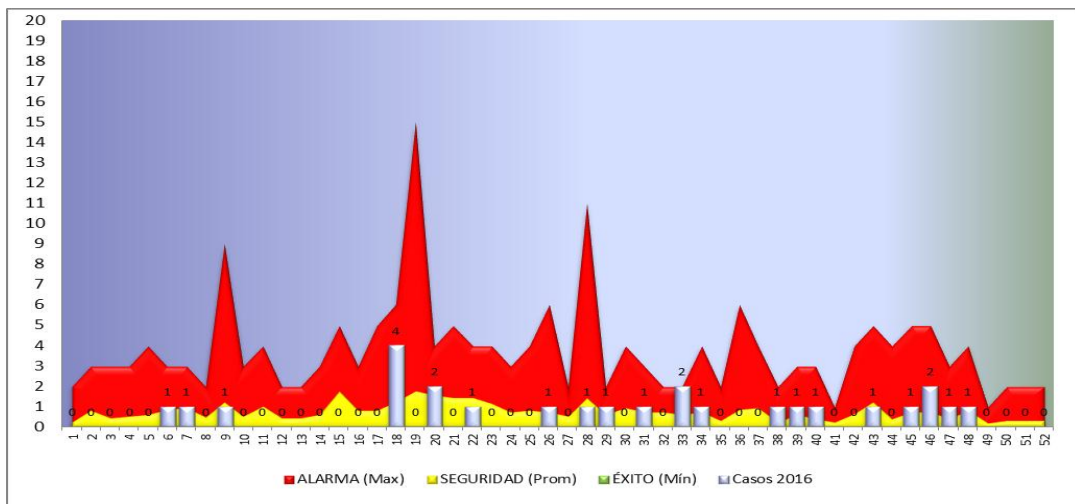
**A  
S  
I  
S  
  
2  
0  
1  
6**

**Tendencia de Neumonías 1 a 4 años por semana epidemiológica HRGDV 2016**



Fuente: Unidad de Epidemiología HRGDV 2016

**Canal Endémico de Neumonías 1 a 4 años por semana epidemiológica HRGDV 2016**

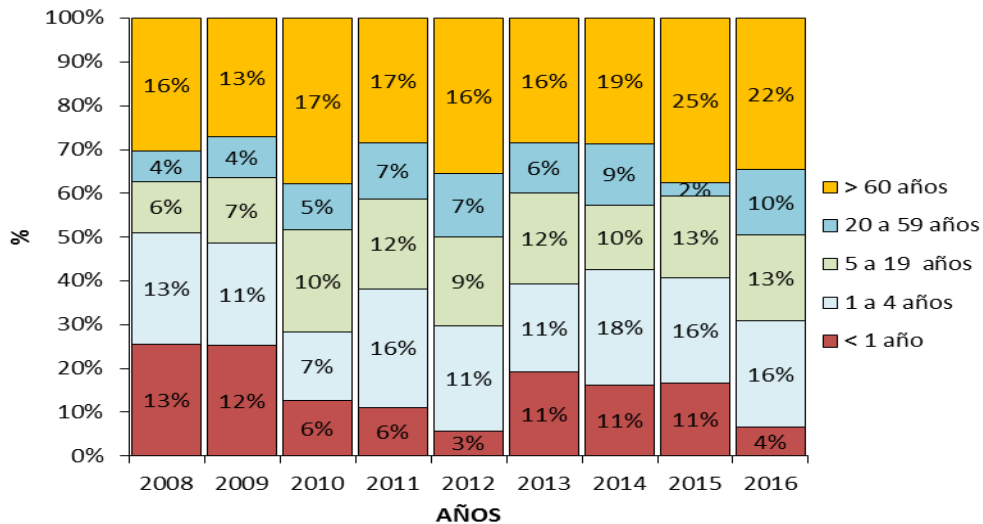


Fuente: Unidad de Epidemiología HRGDV 2016

El Canal Endémico comparativo con los años anteriores de Casos de Neumonías en el grupo de edad de 1 a 4 años (neumonía viral adquirida en la

comunidad), atendidos en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega al año 2016; a la semana 52 de la vigilancia epidemiológica se presentaron 26 episodios de neumonías, la mayor tendencia de curva epidémica fue en la semana 18 y 46.

**TASA DE INCIDENCIA ACUMULADA DE NEUMONIAS 2008 AL 2016**

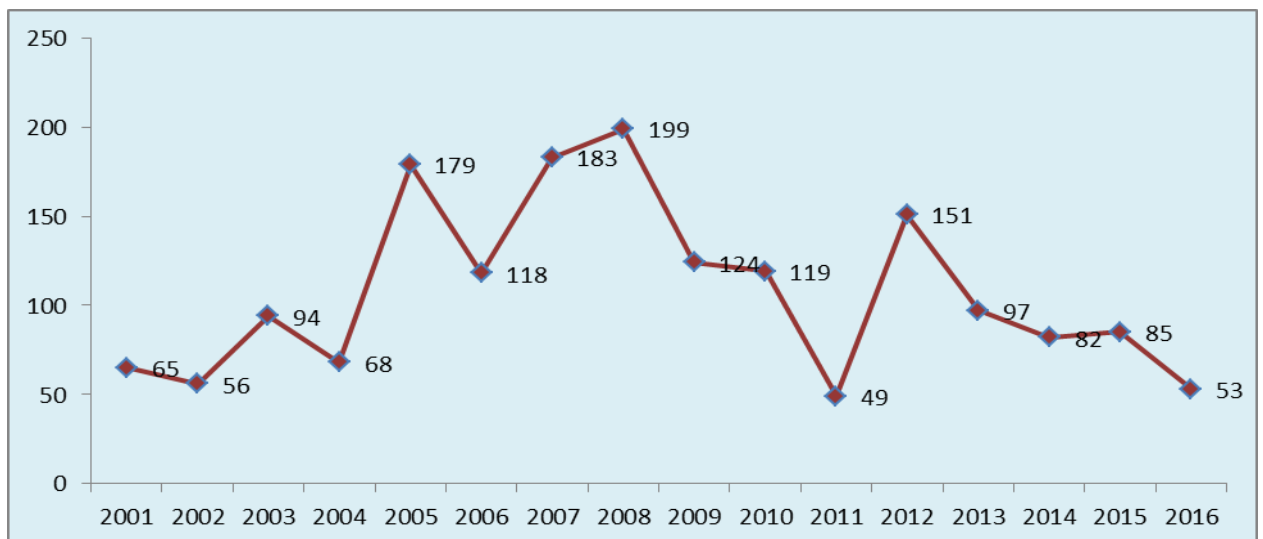


A  
S  
I  
S  
  
2  
0  
1  
6

**TASA DE LETALIDAD POR NEUMONIAS 2012 AL 2016**

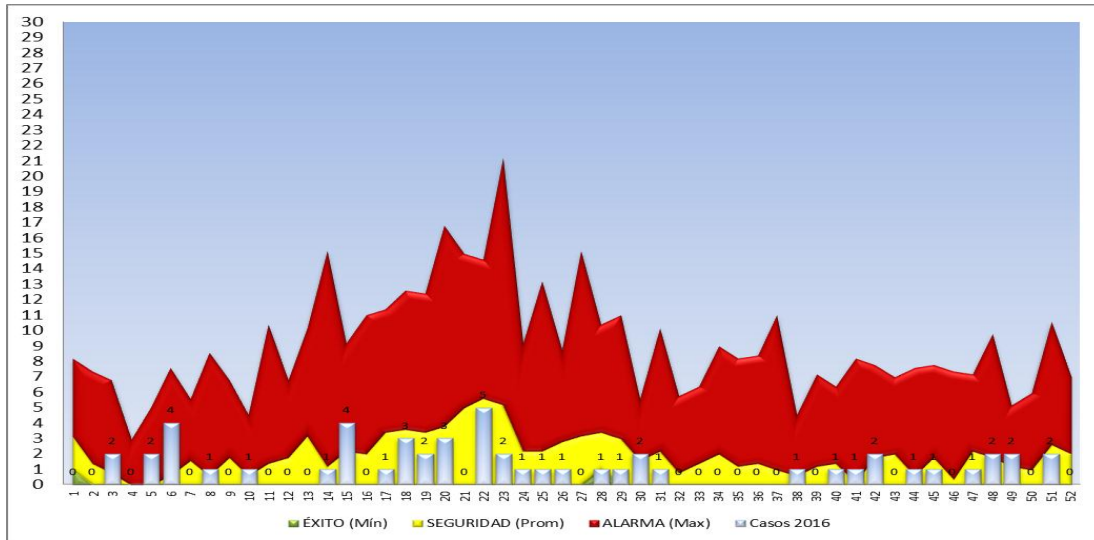
PROVINCIAS	Neumonias						Defunciones						Letalidad *				
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2012	2013	2014	2015	2016
HRGDV	157	153	120	85	90	25	0	2	0	0	0	0	15,9	0,0	1,7	0,0	0,0
Total general	157	153	120	85	90	25	0	2	0	0	0	0	15,9	0,0	1,7	0,0	0,0

**Tendencia de Neumonías Graves < de 4 años del 2001 al 2016**



Fuente: Unidad de Epidemiología HRGDV 2016

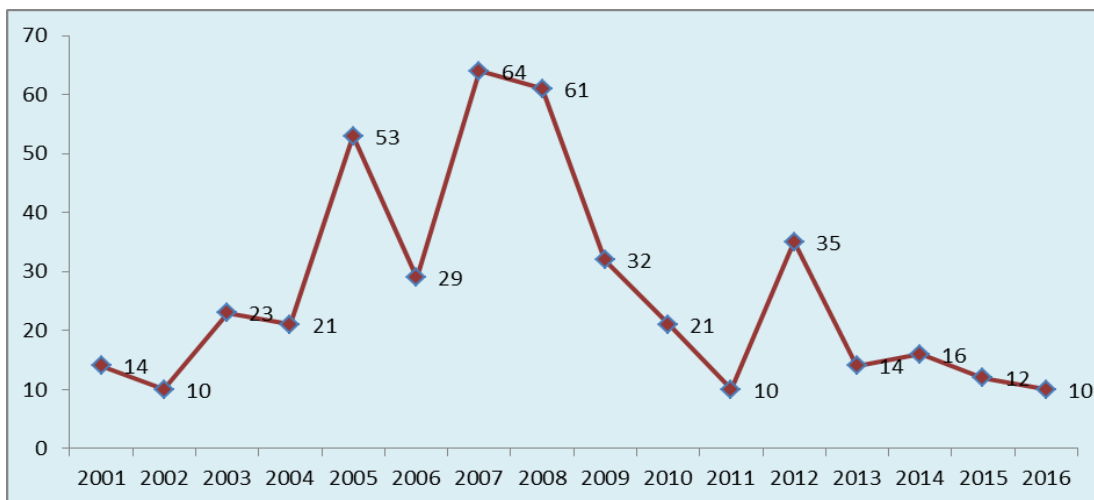
**Canal Endémico de NEUMONIAS GRAVES < 4 años por semana**



Fuente: Unidad de Epidemiología HRGDV 2016

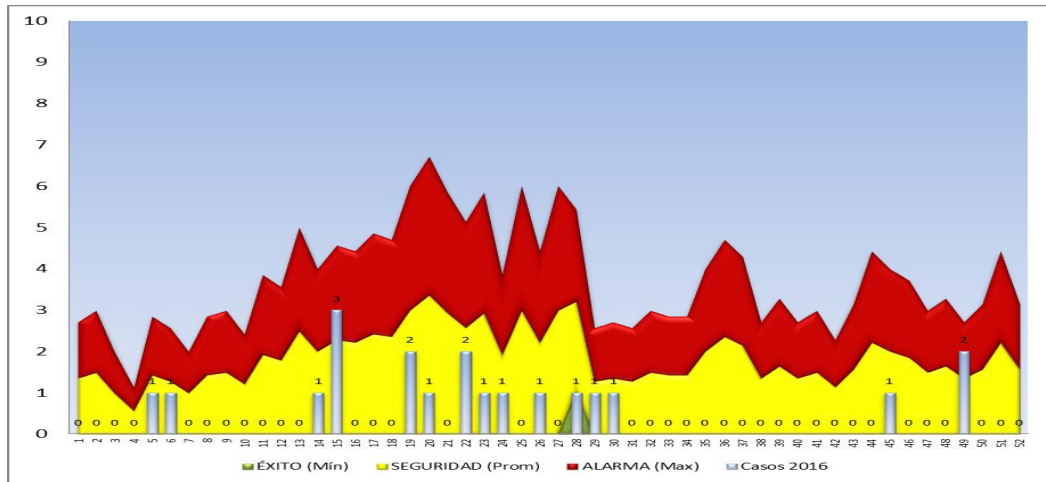
El Canal Endémico comparativo con los años anteriores de Casos de Neumonías graves en menores de 4 años que requirieron hospitalización (neumonías bacteriana y viral adquirida en la comunidad), atendidos en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega al año 2016; a la semana 52 de la vigilancia epidemiológica se presentaron 53 episodios de neumonías se presentaron picos epidémicos en la semana 6 y 15 en el año.

**Canal Endémico de NEUMONIAS GRAVES < 2 meses por semana epidemiológica HRGDV 2016**



Fuente: Unidad de Epidemiología HRGDV 2016

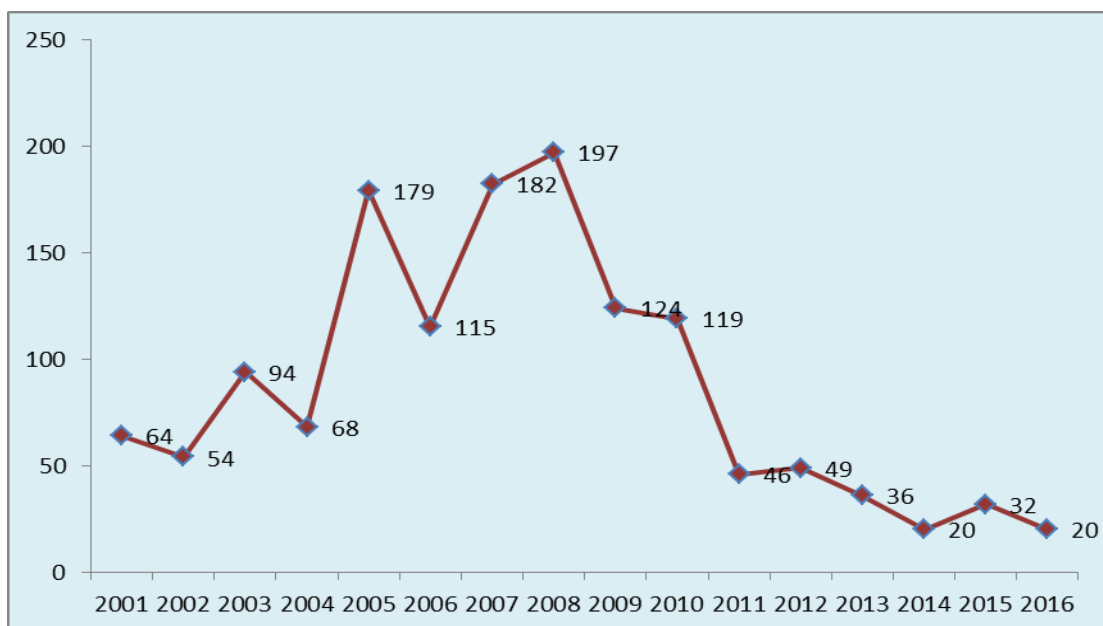
**Tendencia de Neumonías Graves < de 2 meses del 2001 al 2016**



Fuente: Unidad de Epidemiología HRGDV 2016

La tendencia comparativa con los años anteriores de Casos de Neumonías graves en menores de 2 meses que requirieron hospitalización (neumonías bacterianas y virales adquiridas en la comunidad), atendidos en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega al año 2016; a la semana 52 de la vigilancia epidemiológica se presentaron 10 episodios de neumonías.

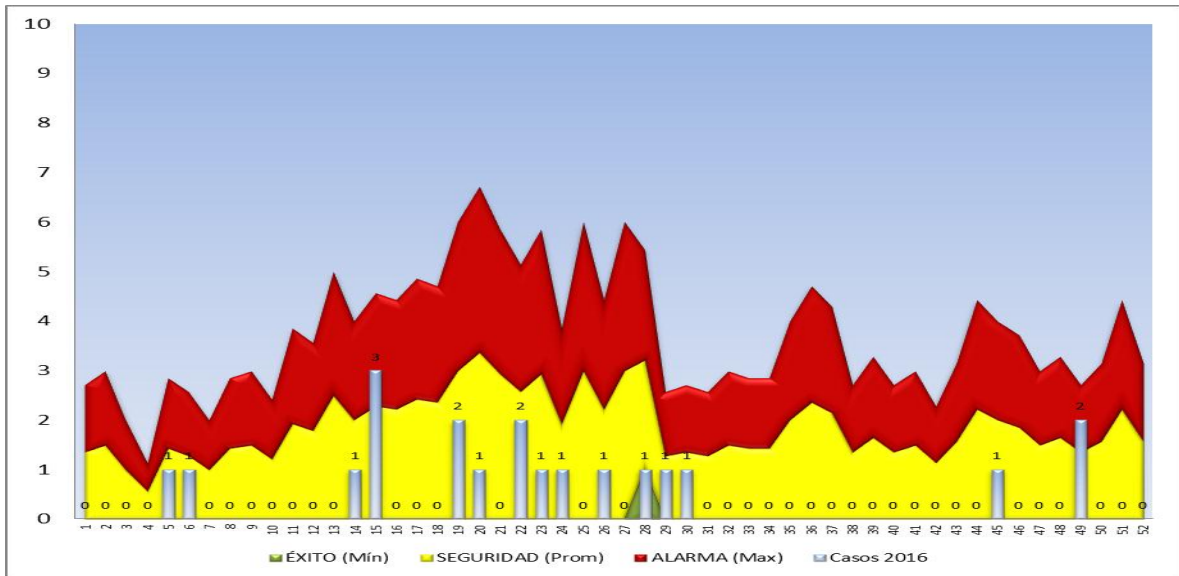
**Canal Endémico de NEUMONIAS GRAVES de 2 a 11 meses por semana Epidemiológica HRGDV 2016.**



Fuente: Unidad de Epidemiología HRGDV 2016

**Canal Endémico de NEUMONIAS GRAVES de 2 a 11 meses por semana  
 Epidemiológica HRGDV 2016.**

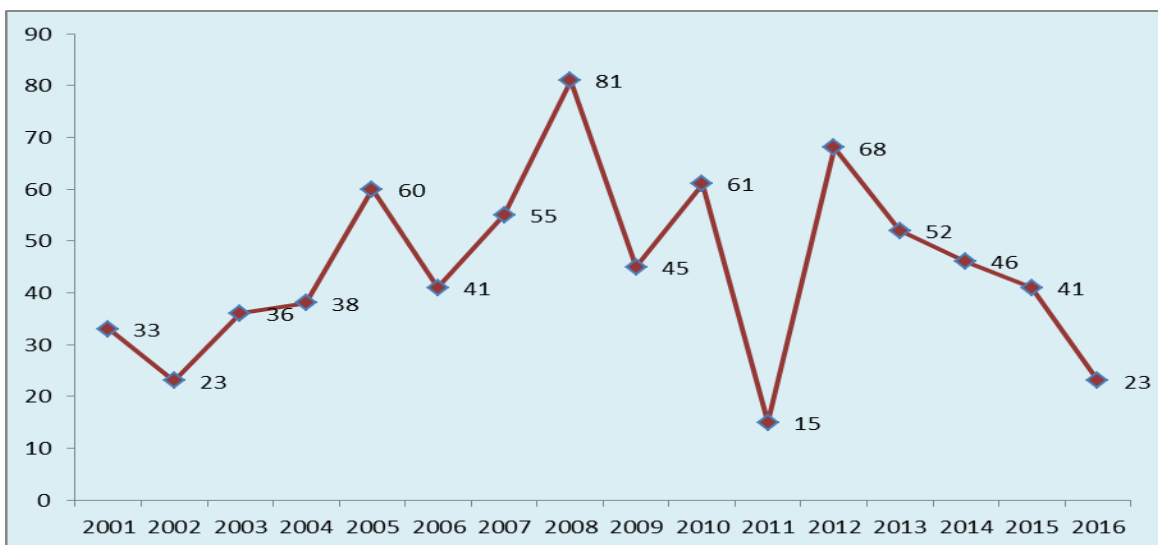
**A  
S  
I  
S  
  
2  
0  
1  
6**



Fuente: Unidad de Epidemiología HRGDV 2016

La tendencia comparativo con los años anteriores de Casos de Neumonías graves en el grupo de edad de 2 a 11 meses que requirieron hospitalización (neumonías bacteriana y viral adquirida en la comunidad), atendidos en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega al año 2016; a la semana 52 de la vigilancia epidemiológica se presentaron 20 episodios de neumonías, la mayor tendencia de curvas epidémicas se presentaron en las semanas 6 y 31.

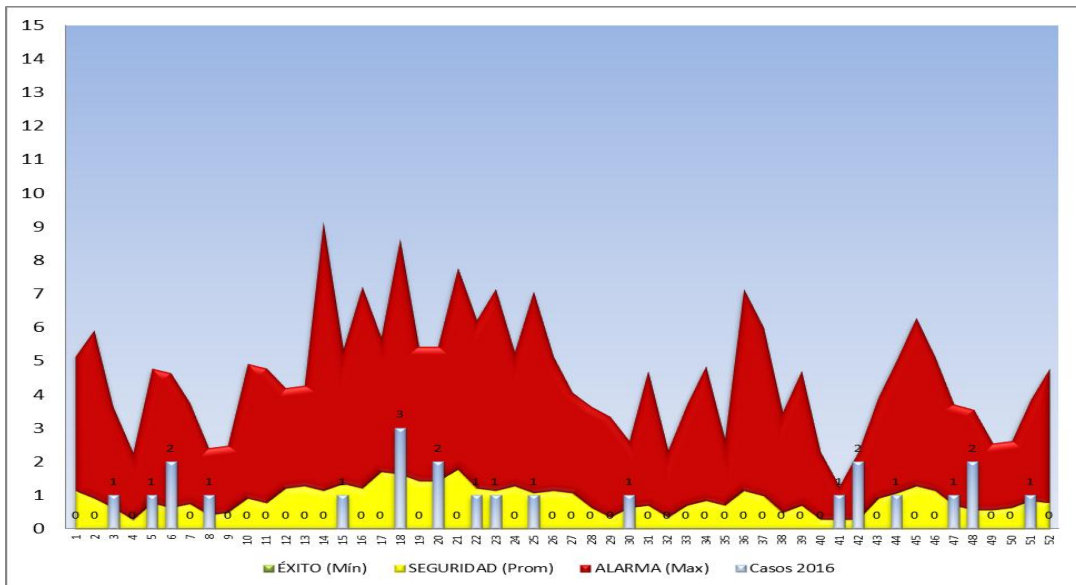
**Tendencia de Neumonías Graves de 1 a 4 años del 2001 al 2016**



Fuente: Unidad de Epidemiología HRGDV 2016



**Canal Endémico de NEUMONIAS GRAVES de 1 a 4 años por semana  
 Epidemiológica HRGDV 2016**

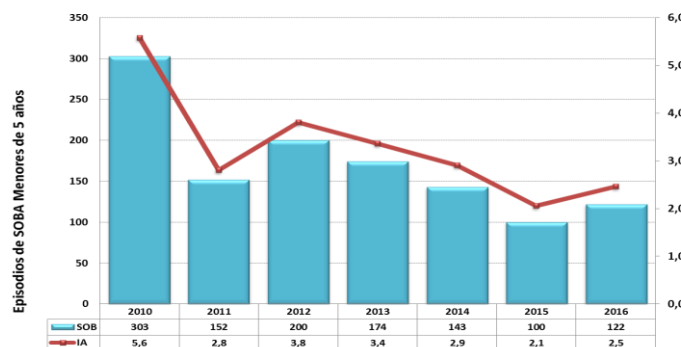


Fuente: Unidad de Epidemiología HRGDV 2016

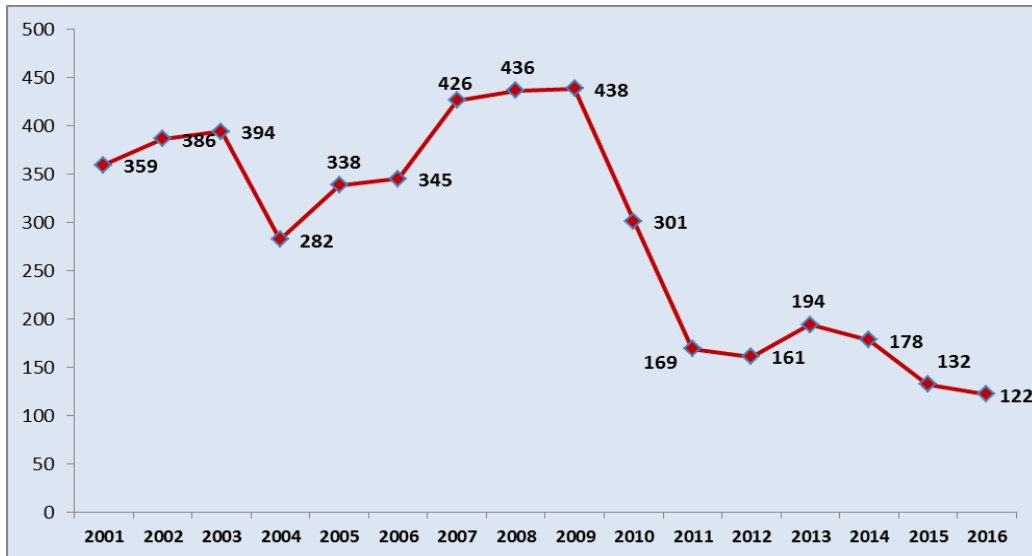
A  
S  
I  
S  
  
2  
0  
1  
6

La tendencia comparativo con los años anteriores de Casos de Neumonías graves en el grupo de edad de 1 a 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 2016; a la semana 52 de la vigilancia epidemiológica se presentaron 52 episodios de neumonías graves, la mayor tendencia de curvas epidémicas se presentaron en la semana 15 y 49 a comparación con los años pasados no se presentaron picos de epidemia.

**TENDENCIA DE CASOS DE SOBA/ASMA 2010 AL 2016**

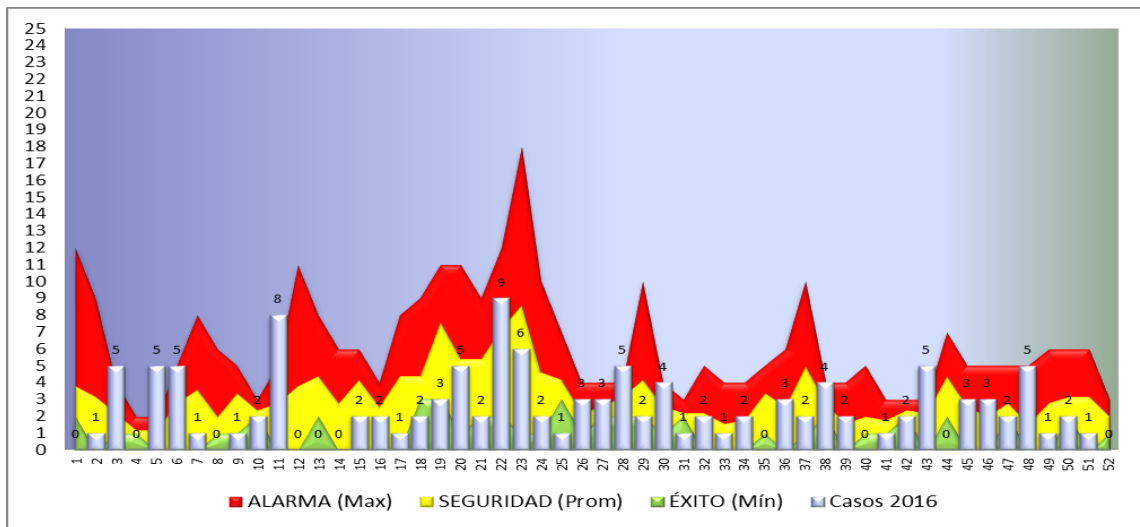


**Canal Endémico de SOBAS/ASMA < 4 años por semana Epidemiológica  
 HRGDV 2016**



**A  
S  
I  
S  
  
2  
0  
1  
6**

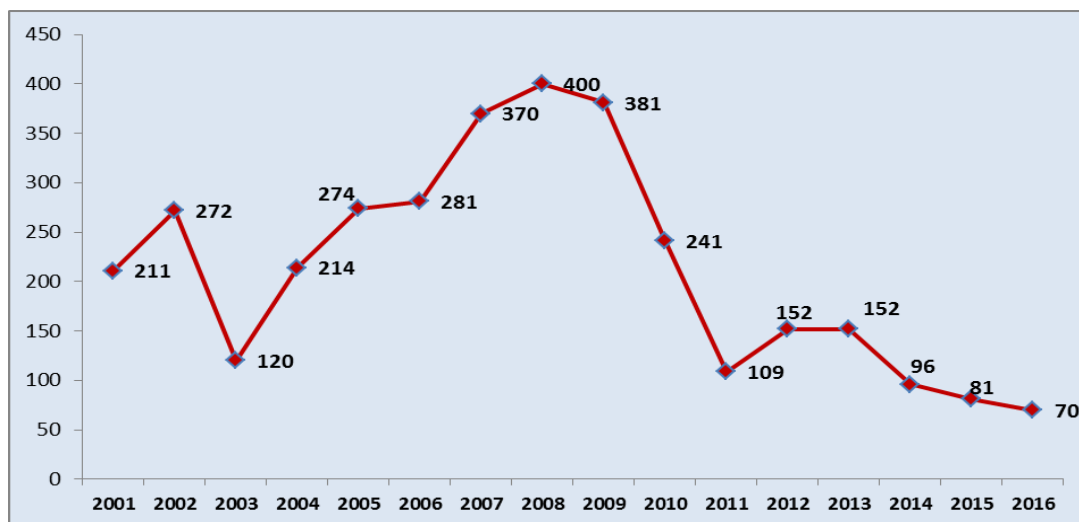
**Canal Endémico de SOBAS/ASMA < 4 años por semana Epidemiológica  
 HRGDV 2016**



Fuente: Unidad de Epidemiología HRGDV 2016

La tendencia del Canal Endémico comparando con los años anteriores de Casos de SOBA/ASMA en menores de 4 años, notificadas por semanas epidemiológicas 2016; 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.

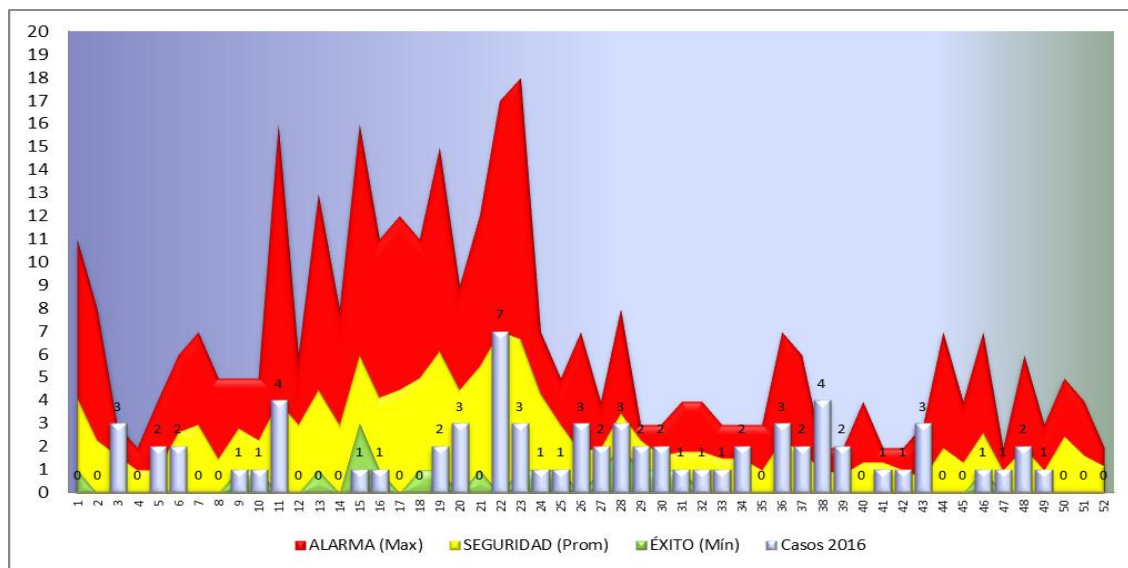
**Tendencia de Soba/Asma < 2 años del 2001 al 2016**



Fuente: Unidad de Epidemiología HRGDV 2016

A  
S  
I  
S  
  
2  
0  
1  
6

**Canal Endémico de SOBAS/ASMA < 2 años por semana Epidemiológica HRGDV 2016.**

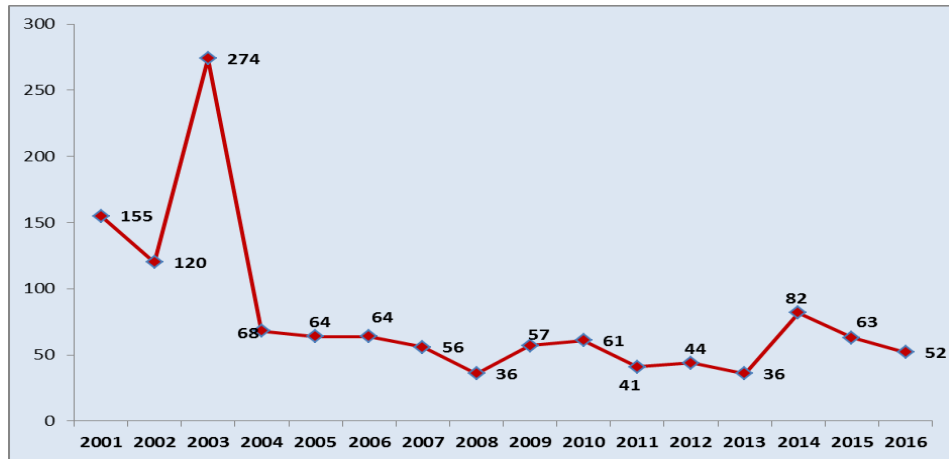


Fuente: Unidad de Epidemiología HRGDV 2016

La tendencia del Canal Endémico comparando con los años anteriores de Casos de SOBAS/ASMA en menores de 2 años, notificadas por semanas epidemiológicas 2016; al análisis de la curva de la tendencia a la semana 52 se

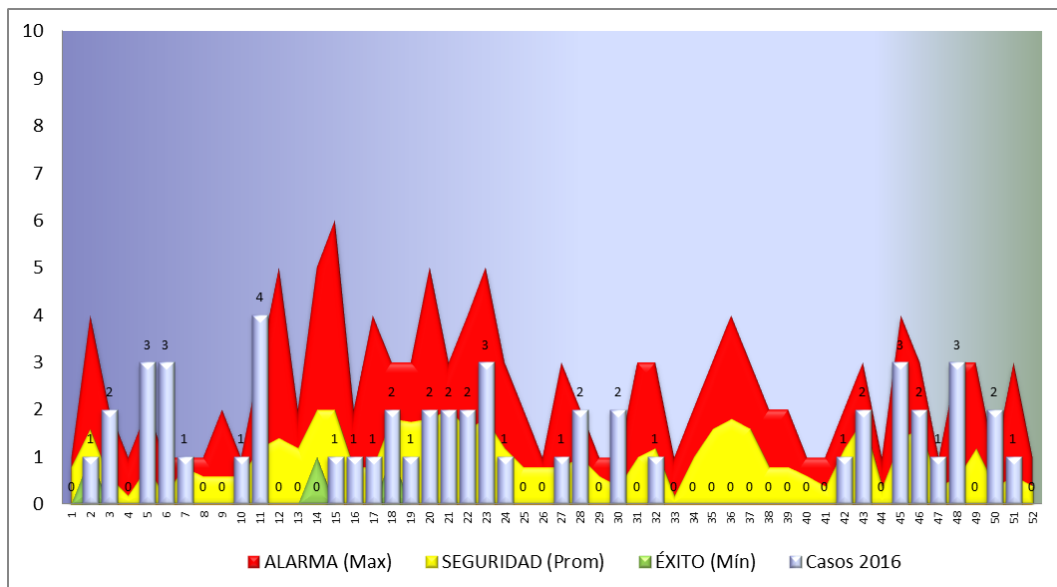
presentaron 81 casos; la mayor frecuencia de las semanas notificadas llegamos hasta la zona de seguridad no se presentaron picos epidémicos.

**Tendencia de Soba/Asma 2 a 4 años del 2001 al 2016**



Fuente: Unidad de Epidemiología HRGDV 2016

**Canal Endémico de SOBAS/ASMA de 2 a 4 años por semana  
 Epidemiológica HRGDV 2016**



Fuente: Unidad de Epidemiología HRGDV 2016

La tendencia del Canal Endémico comparando con los años anteriores de Casos de SOBAS/ASMA en menores de 2 a 4 años, notificadas por semanas epidemiológicas 2016; al análisis de la curva de la tendencia a la semana 52 se presentaron 52 casos; la mayor frecuencia de las semanas notificadas llegamos

hasta la zona de seguridad y con semanas epidémicas 3, 5, 11, 23, 28, 30, 45,48 y 49.

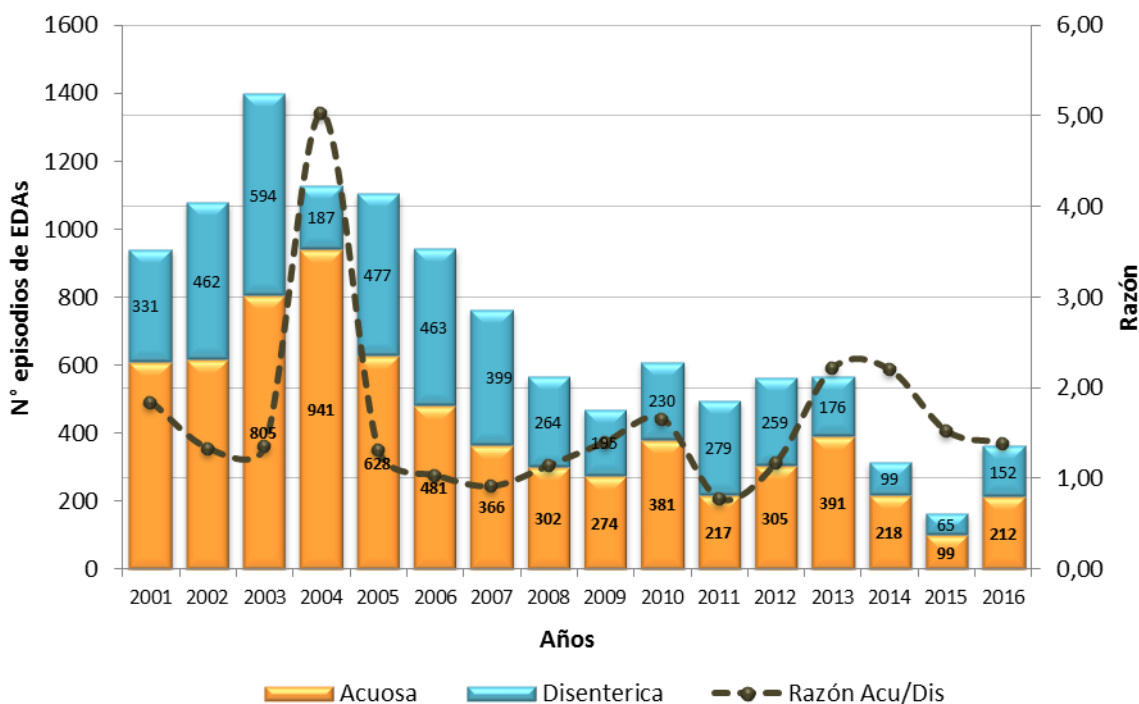
Gonzales GF, Zevallos A, Gonzales-Castañeda C, et al. CONTAMINACIÓN AMBIENTAL, VARIABILIDAD CLIMÁTICA Y CAMBIO CLIMÁTICO: UNA REVISIÓN DEL IMPACTO EN LA SALUD DE LA POBLACIÓN PERUANA. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*. 2014;31(3):547-556.

**VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS HRGDV 2016.**

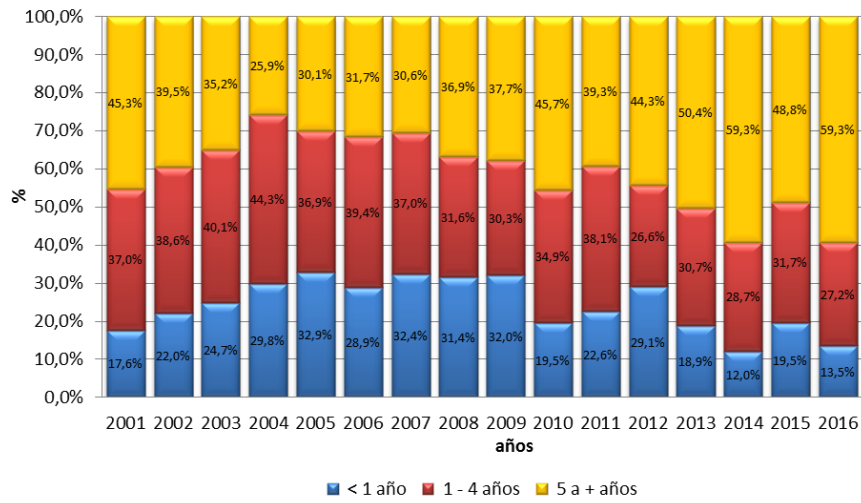
Para efectos de registros de morbilidad en vigilancia de enfermedades diarreicas, se considera todos los casos de diarrea acuosa o disentéricas atendidas en Emergencia, Hospitalización y Consulta Externa para lo cual se consigna los diagnósticos probables o definitivos de casos.

**A  
S  
I  
S  
  
2  
0  
1  
6**

**PROPORCIÓN DE EDAS ACUOSAS Y DISENTÉRICAS DEL HRGDV 2001-2016**



**EDAS ACUOSAS Y DISENTÉRICAS POR EDAD DEL HRGDV 2001-2016**



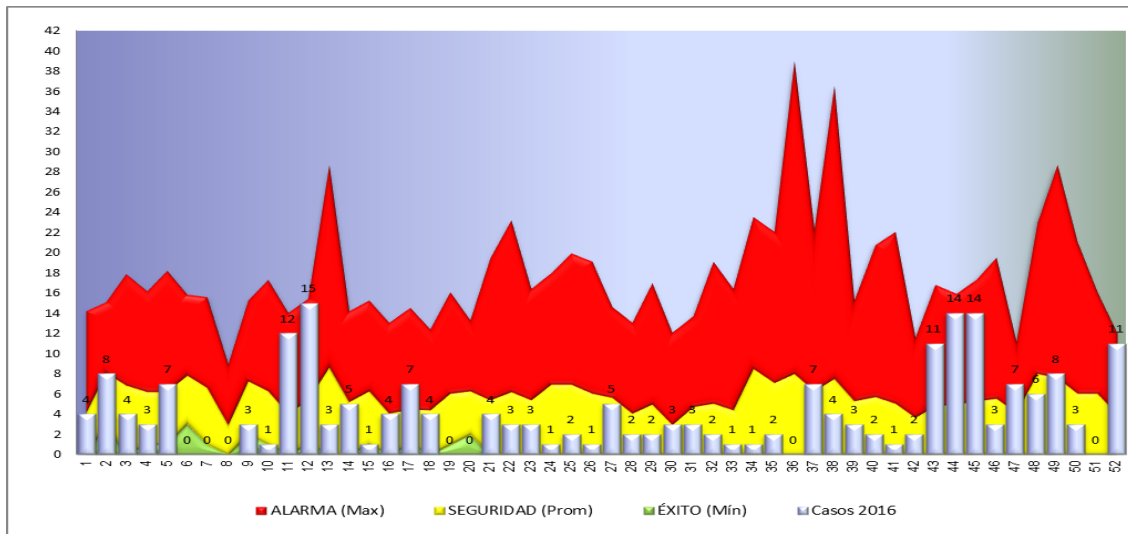
**A  
S  
I  
S  
  
2  
0  
1  
6**

**Tendencia de EDAs Acuosas en General del 2001 al 2016**



Fuente: Unidad de Epidemiología HRGDV 2016

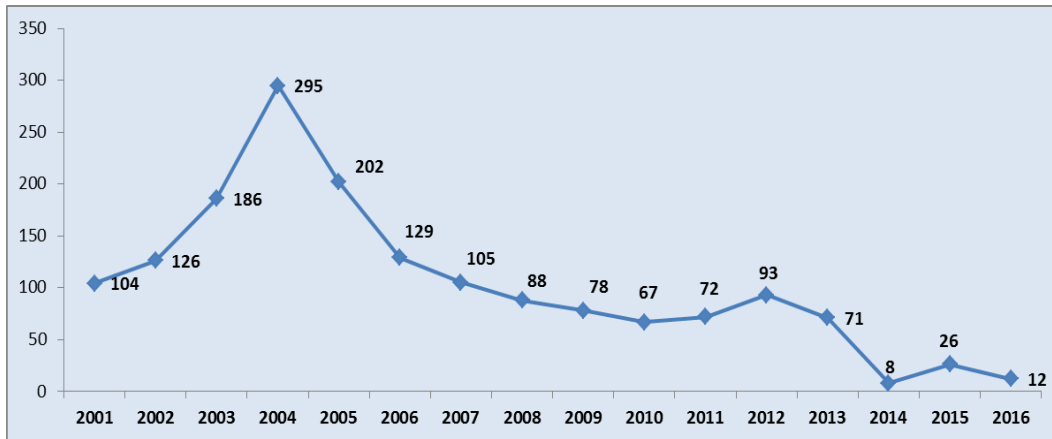
**Canal endémico de EDAS ACUOSAS en General por semana  
 Epidemiológica HRGDV -2016.**



Fuente: Unidad de Epidemiología HRGDV 2016

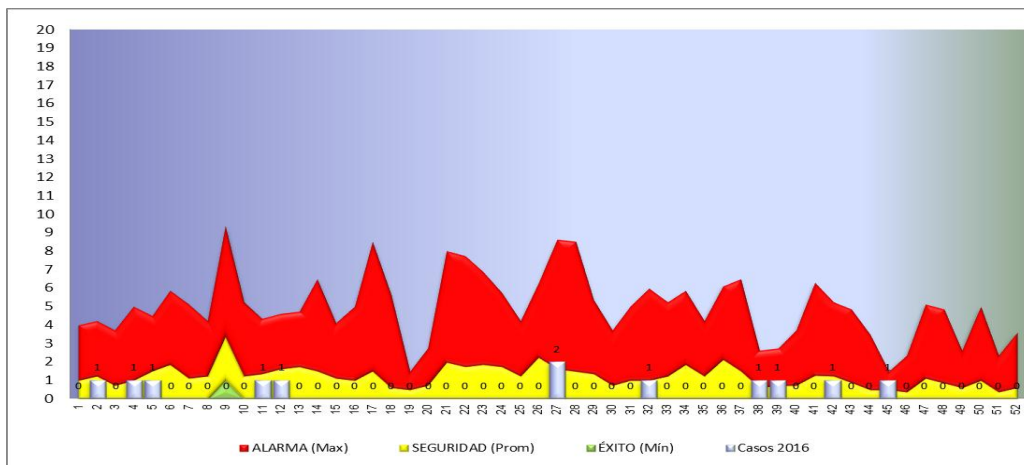
Canal Endémico de Casos de Enfermedades Diarreicas Agudas Acuosas en general por semana epidemiológica del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega 2016; Se presentaron 232 casos y la tendencia de la curva endémica no se presentaron picos de epidémicos no se presentaron brotes de enfermedades diarreicas acuosas. Mayormente la demanda de atenciones con casos de episodios de diarreas las demandas 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. A comparación de años anteriores los casos van disminuyendo a 210 casos. La demanda de atenciones mayormente fueron casos referidos de establecimientos de redes y Microredes.

**Canal endémico de EDAS ACUOSAS, < de 1 año por semana epidemiológica HRGDV-2016.**



Fuente: Unidad de Epidemiología HRGDV 2016

**Canal endémico de EDAS ACUOSAS, < de 1 año por semana epidemiológica HRGDV-2016.**



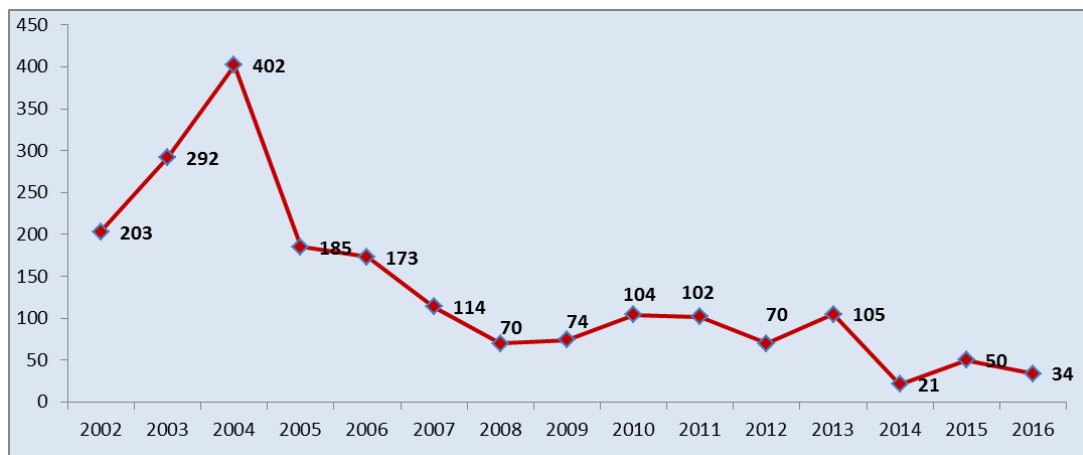
Fuente: Unidad de Epidemiología HRGDV 2016

Canal Endémico de Casos de Enfermedades Diarreicas Agudas Acuosas en menores de 1 año por semana epidemiológica del Hospital regional Guillermo Díaz de la Vega 2016, a la semana 52 se presentaron 12 episodios de diarreas agudas acuosas no se presentaron picos epidémicos, como se observa la tendencia de EDAs acuosas va disminuyendo.

A  
S  
I  
S  
  
2  
0  
1  
6

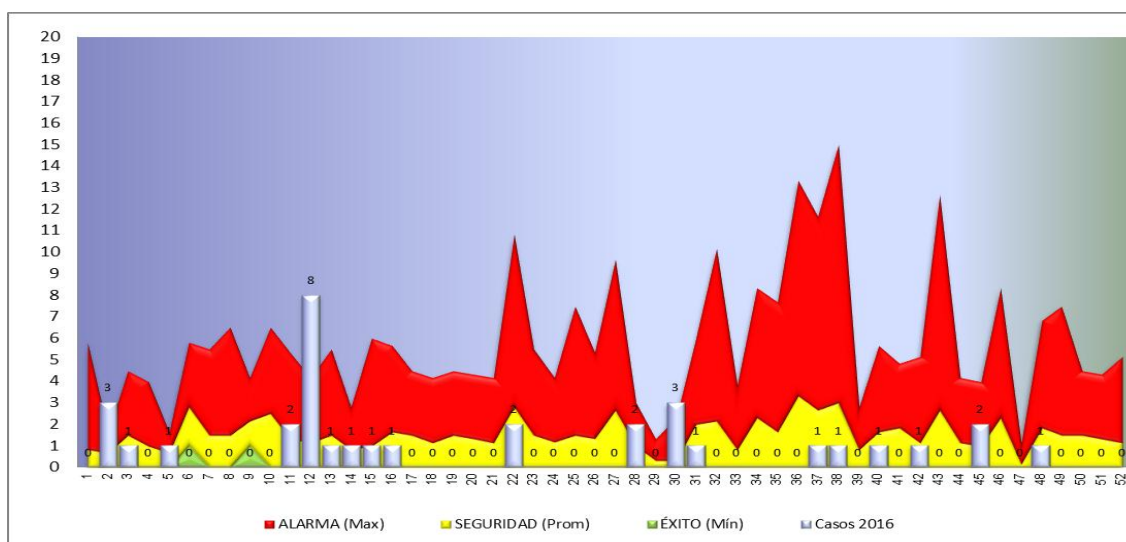


**Tendencia de EDAs Acuosas de 1 a 4 años del 2001 al 2016**



Fuente: Unidad de Epidemiología HRGDV 2016

**Canal endémico de EDAs Acuosas, de 1 a 4 años por semana epidemiológica HRGDV -2016.**



Fuente: Unidad de Epidemiología HRGDV 2016

Canal Endémico de Casos de Enfermedades Diarreicas Agudas Acuosas de 1 a 4 años por semana epidemiológica del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega 2016; al análisis de la curva la tendencia del canal endémico a la semana 52 se presentaron 34 episodios de EDAs Acuosas.

A  
S  
I  
S  
  
2  
0  
1  
6

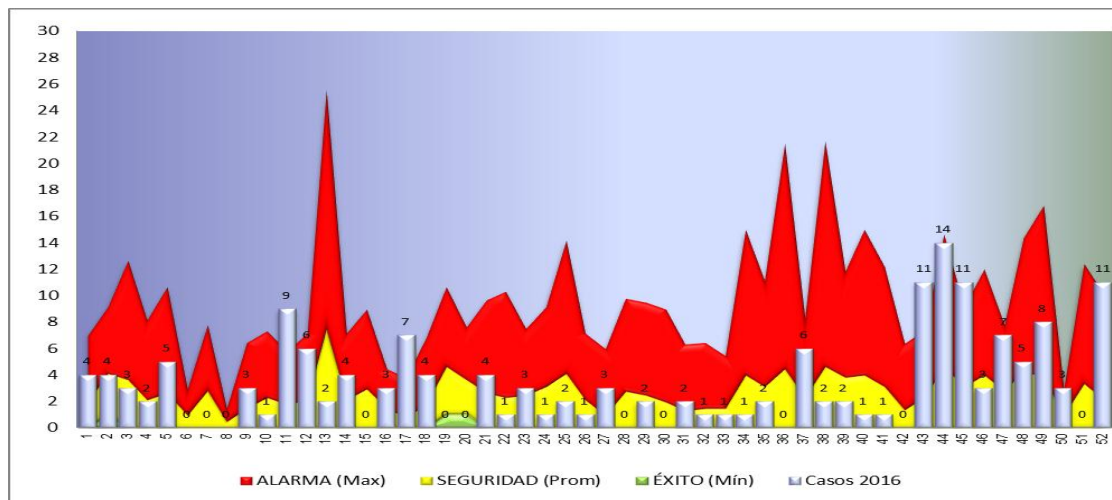
**A  
S  
I  
S  
  
2  
0  
1  
6**

**Tendencia de EDAs Acuosas > de 5 años del 2001 al 2016**



Fuente: Unidad de Epidemiología HRGDV 2016

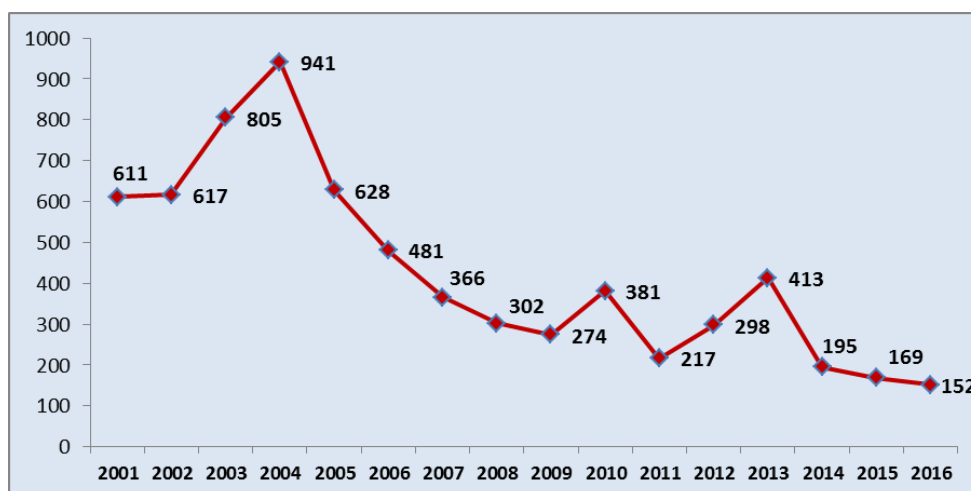
**Canal endémico de EDAS Acuosas > de 5 años por semana epidemiológica HRGDV-2016.**



Fuente: Unidad de Epidemiología HRGDV 2016

Canal Endémico de Casos de Enfermedades Diarreicas Agudas Acuosas de 5 años a mas por semana epidemiológica del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega 2016; al análisis de la curva la tendencia del canal endémico a la semana 52 se presentaron 166 episodios de EDAs Acuosas; en este caso la tendencia va incrementando en mayores de 5 años.

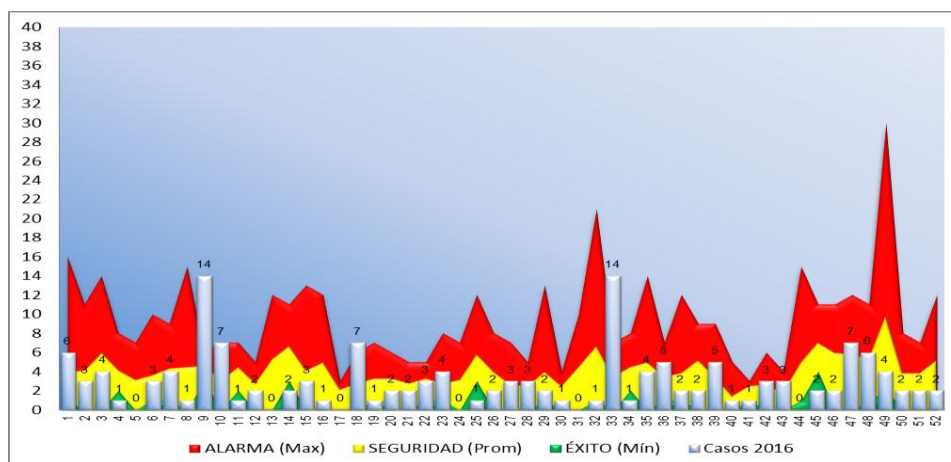
**Tendencia de EDAs Disentéricas en General del 2001 al 2016**



Fuente: Unidad de Epidemiología HRGDV 2016

A  
S  
I  
S  
  
2  
0  
1  
6

**Canal endémico de EDAS Disentéricas em General por semana Epidemiológica HRGDV – 2016**

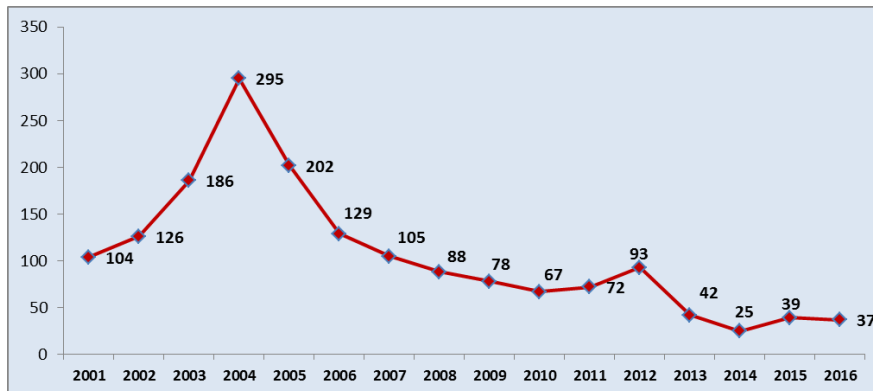


Fuente: Unidad de Epidemiología HRGDV 2016

Canal Endémico de Casos de EDAs Disentéricas en general por semana epidemiológica del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega 2016; al análisis de la curva la tendencia del canal endémico a la semana 52 se presentaron 152 episodios de EDAs Disentéricas.

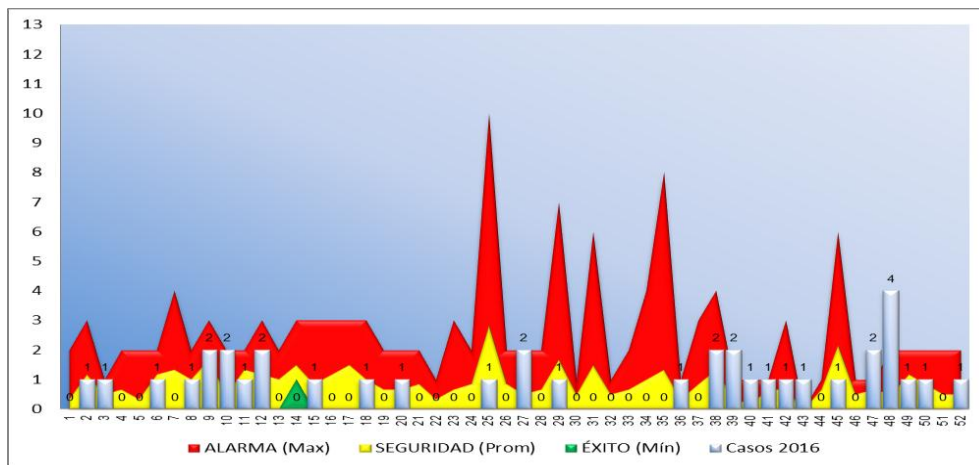
**A  
S  
I  
S  
  
2  
0  
1  
6**

**Canal endémico de EDAS Disentéricas <de 1 año HRGDV– 2016**



Fuente: Unidad de Epidemiología HRGDV 2016

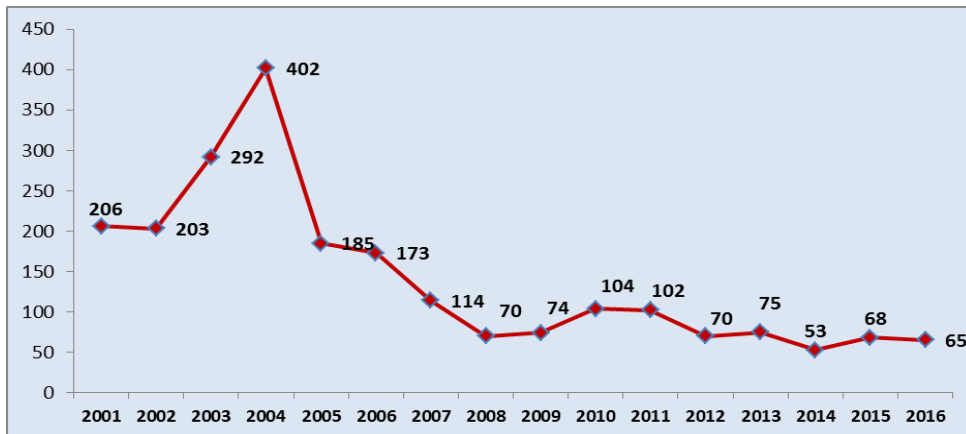
**Canal endémico de EDAS DISEENTERICAS <de 1 año HRGDV– 2016**



Fuente: Unidad de Epidemiología HRGDV 2016

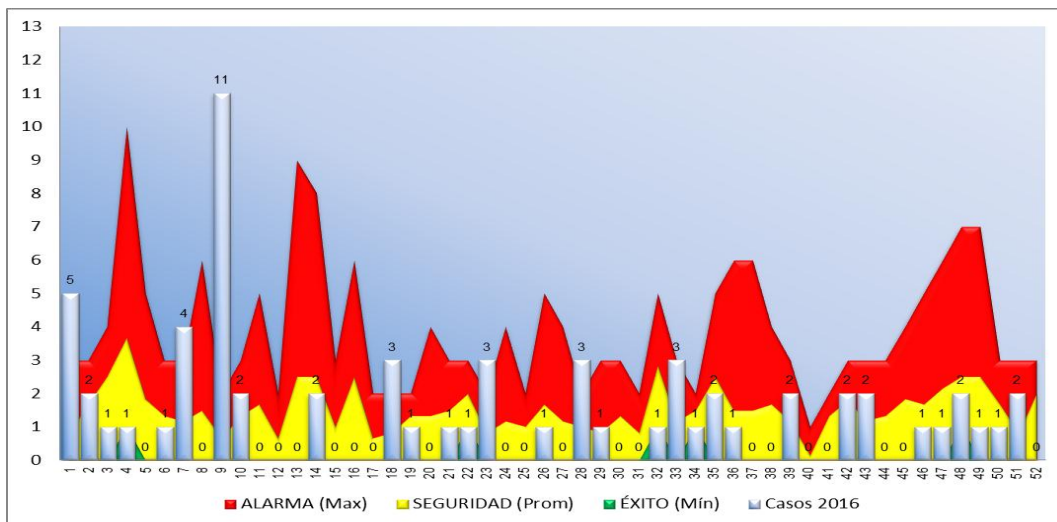
Canal Endémico de Casos de EDAs Disentéricas en menores de 1 año por semana epidemiológica del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega 2016; al análisis de la curva la tendencia del canal endémico a la semana 52 se presentaron 37 episodios de EDAs Disentéricas.

**Tendencia de EDAs Disentéricas de 1 a 4 años del 2001 al 2016**



Fuente: Unidad de Epidemiología HRGDV 2016

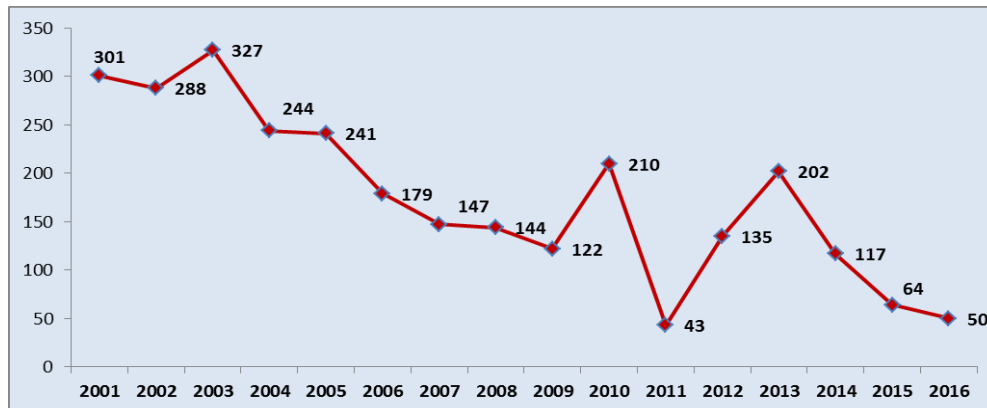
**Canal endémico de EDAS DISENTERICAS de 1 a 4 años HRGDV 2015.**



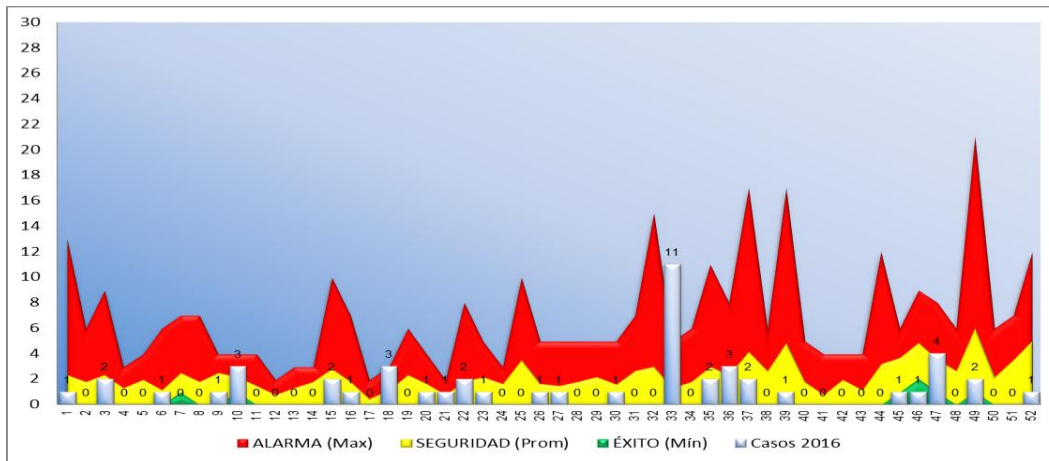
Fuente: Unidad de Epidemiología HRGDV 2016

Canal Endémico de Casos de EDAs Disentéricas en grupo de edad de 1 a 4 años por semana epidemiológica atendidos en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega 2016; al análisis de la curva la tendencia del canal endémico a la semana 52 se presentaron 65 episodios de EDAs.

**Tendencia de EDAs Disentéricas de 5 a más años del 2001 al 2016**



**Canal endémico de EDAS Disentéricas >de 5 años a mas HRGDV 2016**

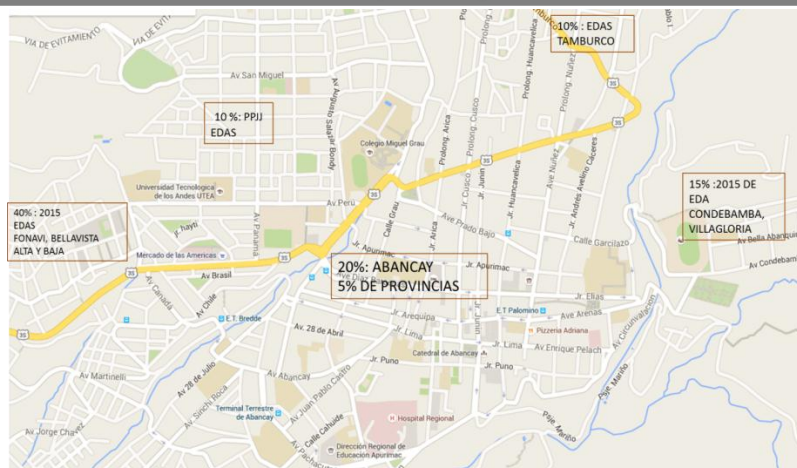


Fuente: Unidad de Epidemiología HRGDV 2016.

Canal Endémico de Casos de EDAs Disentéricas en menores de 5 años por semana epidemiológica del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega 2015; al análisis de la curva la tendencia del canal endémico a la semana 53 se presentaron 64 episodios de EDAs.

Procedencia de casos de enfermedades diarreicas en la población de Abancay

A  
S  
I  
S  
  
2  
0  
1  
6



### **3.2.2. VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES**

#### **VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE CASOS DE TBC ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA 2016**

En el 2014, la OMS estimó 9.6 millones de casos nuevos de tuberculosis, 1,1 millones de muertes por esta infección en personas seronegativas para el VIH y otras 390 000 muertes por tuberculosis asociada con infección por el VIH.3 A nivel mundial, se estima que 3,3% de los nuevos casos de tuberculosis y el 20% de los casos tratados previamente tienen MDRTB, un nivel que ha cambiado poco en los últimos años. En 2014, se estima que 190 000 personas murieron de tuberculosis multirresistente. Hasta el año 2015 se notificaron 33535 casos de SIDA y 59276 de infección por VIH6. Desde el reporte del primer caso de SIDA en el año 1983 la frecuencia de notificación fue en aumento hasta el año 2005, para luego presentar una tendencia descendente. Los casos de VIH notificados tuvieron una tendencia ascendente hasta el año 2008, a partir del cual comenzó a descender sostenidamente. **(2)**

Las ciudades más afectadas se encuentran en la costa y selva Amazónica; mientras que la sierra tiene bajas prevalencias.

El mayor número de casos de sida registrados se presentan en Lima y Callao (68%), ciudades que a su vez representan el 34.8% de la población nacional. La



principal vía de transmisión sigue siendo la sexual (97% de los casos), seguido por la vertical (2%) y la parenteral (1%).

La epidemia en el Perú es del tipo concentrada, 12.4% en hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) (vigilancia centinela 2011: Dirección General de Epidemiología), y prevalencia en población general de 0.23% (gestantes 2002). La mediana de la edad de casos de SIDA es de 31 años, entonces es posible que el 50% de los casos se hayan expuesto alrededor de los 20 -25 años de edad.

A  
S  
I  
S  
2  
0  
1  
6

Con el incremento de cobertura de tratamiento y la adherencia al TARGA se ha disminuido en más del 50% el registro de nuevos casos de personas en etapa SIDA (fase final de VIH) desde el inicio del TARGA en el 2004 a diciembre del 2014.

Se ha logrado que más del 90% de gestantes infectadas y sus niños expuestos accedan a los protocolos de atención y tratamiento para prevenir la transmisión vertical. Incremento de la cobertura de tratamiento ARV en gestantes VIH positivas de 47.5% en el año 2004, a 94% (2014) Para el año 2014 el 68% de las gestantes que acuden a un servicio de atención del Ministerio de Salud accedieron a una prueba de tamizaje para VIH. Entre los casos reportados del 2013 al 2014 el 90% de los niños expuestos al VIH tuvieron resultado favorable y no tienen la enfermedad.

El Ministerio de Salud cuenta con 29 Centros de Referencia de Infecciones de Transmisión Sexual – ITS (CERITS) y 95 Unidades de Atención Médica Periódica (UAMP) para la Prevención y Control de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) a nivel nacional. **(2)**

Ley 30287, Ley de prevención y control de la tuberculosis en el Perú e 21/11/2014, promulgada el 13/12/2014 y publicada en el diario Oficial; El Peruano el 14/12/2014, entrando en vigencia al día siguiente de su publicación. El dispositivo legal tiene por objeto establecer mecanismos para articular los sectores que se encuentran involucrados en la prevención y el control de la tuberculosis, a fin de garantizar la cobertura permanencia de una política de Estado que busca luchar contra esta enfermedad. Señala los derechos y deberes de la persona afectada por tuberculosis hasta que culmine su tratamiento. Encarga elaborar un Plan Nacional Multisectorial contra la Tuberculosis y un plan específico para establecer los mecanismos de prevención y control de esta enfermedad.

Determina que las entidades involucradas en las actividades de prevención y control de la tuberculosis, deben considera en sus Partidas presupuestales



sectoriales la financiación de las mencionadas actividades. Establece la presentación anual del Ministro de Salud para la exposición de un informe referido al estado de la prevención y control de la tuberculosis en el país. (2)

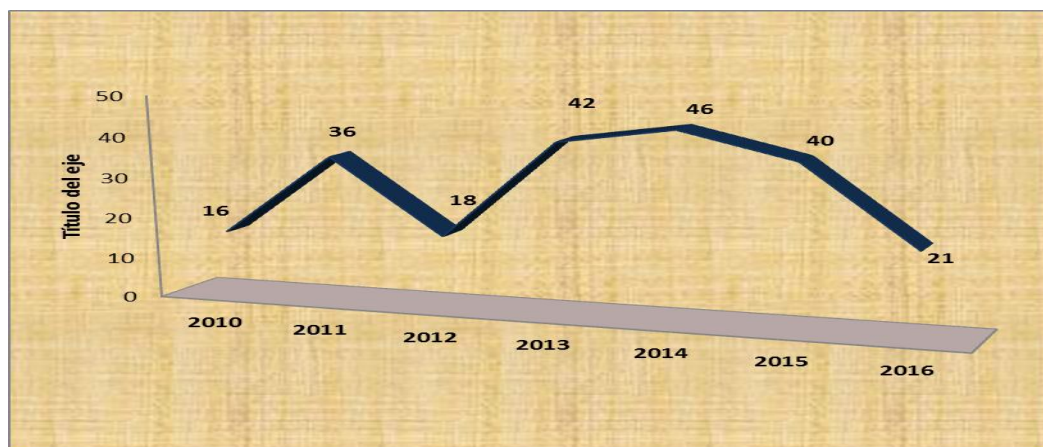
**VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE CASOS DE TB –HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA**

**Casos Confirmados de TBC por años - Hospital a Regional Guillermo Díaz de la Vega 2002 al 2016.**

	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
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>34</b>	<b>176</b>	<b>76</b>	<b>296</b>

Fuente: Oficina de Epidemiología HRGDV.

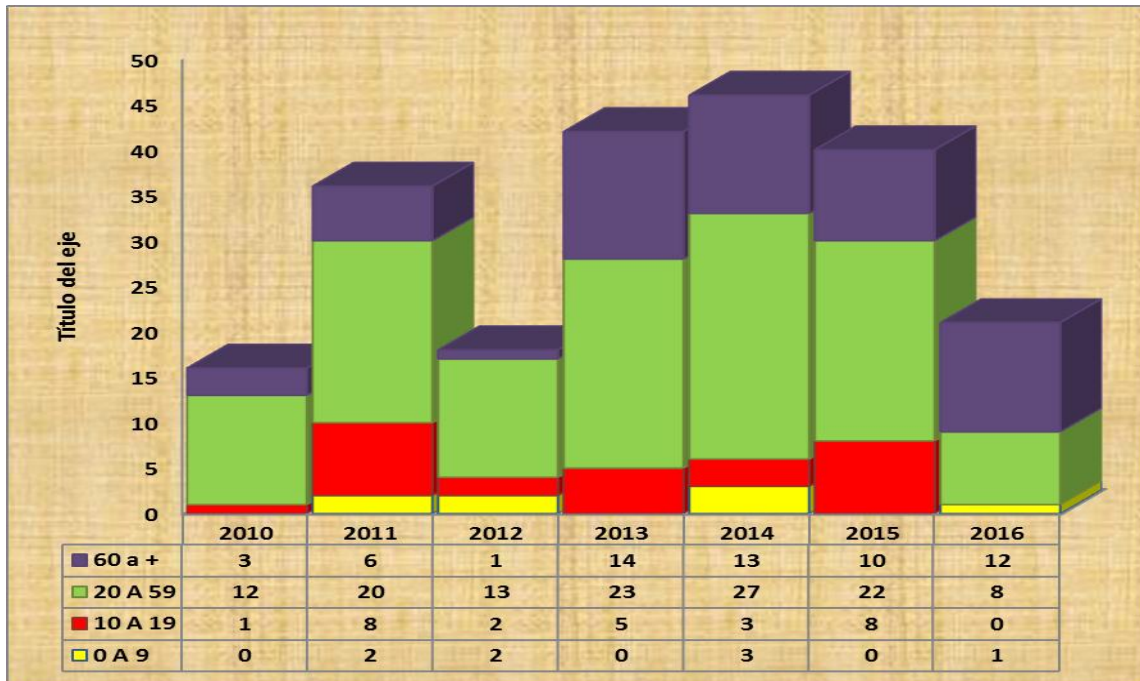
**Casos Confirmados de TBC por años - Hospital a Regional Guillermo Díaz de la Vega 2010 al 2016.**



Fuente: Oficina de Epidemiología HRGDV

**Casos Confirmados de TBC por años - Hospital a Regional Guillermo Díaz de la Vega 2010 al 2016.**

**A  
S  
I  
S  
  
2  
0  
1  
6**



Fuente: Oficina de Epidemiología HRGDV.

Los cuadros nos demuestran la tendencia de los casos notificados de TB desde el año 2009 al año 2016 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 el segundo grafico nos demuestra el número de casos por edad desde el año 2010 al 2015 donde se observa con mayor frecuencia de casos en el grupo de edad de 20 a 59 años y el año 2016 se presentó en mayores de 60 años.

La Organización Mundial de la Salud recomienda la observación directa del tratamiento (DOT) para apoyar a los pacientes con tuberculosis (TB) y para asegurar la terminación del tratamiento. Según las directrices del programa nacional de la India, un proveedor DOT puede ser cualquier persona que es aceptable y accesible para el paciente y responsable ante el sistema de salud, excepto un miembro de la familia. Esto plantea desafíos entre los niños con tuberculosis que pueden ser más cómodos medicamentos que reciben de sus padres o miembros de la familia que de proveedores DOT desconocidas. Se realizó un ensayo de no inferioridad para evaluar el efecto de la DOT familia

sobre las tasas de éxito del tratamiento en niños con tuberculosis recientemente diagnosticada registrada para el tratamiento durante junio-septiembre de 2012. {Dave, 2016 #4}

**Casos Confirmados de TBC Según meses en el Hospital a Regional  
 Guillermo Díaz de la Vega 2016.**

MES	M	F	FRECUENCIA
ENERO	3		3
FEBRERO	0	1	1
ABRIL	3	0	3
MAYO	1	0	1
JUNIO	2	2	4
AGOSTO	1	1	2
SETIEMBRE	2	1	3
DICIEMBRE	3	1	4
Total general	15	6	21

Fuente: Estrategia Sanitaria de Control de TBC 2016  
 Elaborado por la Unidad de Epidemiología

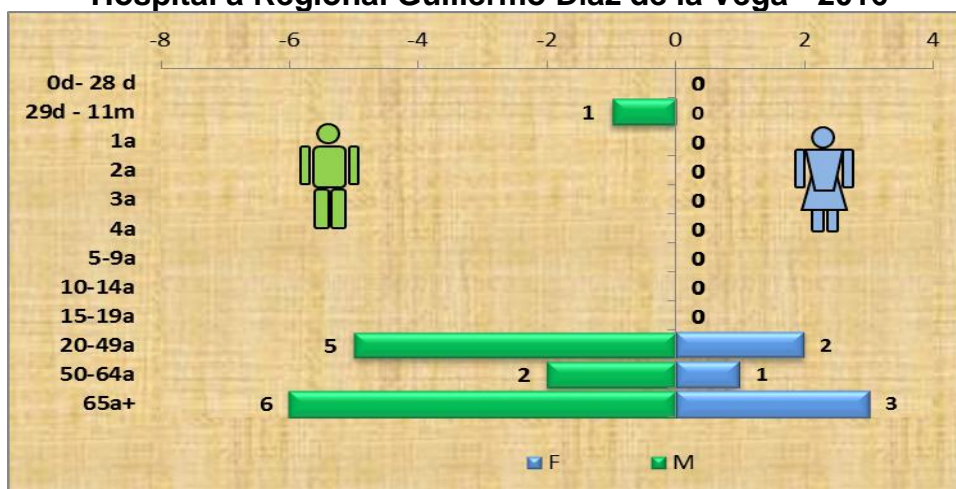
En los gráficos de casos de TBC atendidos en la Estrategia de Control de TBC – notificado por la Unidad de Epidemiología del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega del año 2016; en todo el año se notificaron 40 casos, la tendencia por meses durante el año se presentaron más casos en los meses de junio y diciembre de 4 casos de TBC los siguientes meses con menores casos de TBC.

**Casos de TBC por grupo de edad y sexo de en el Hospital a Regional  
 Guillermo Díaz de la Vega 2016**

TBC POR GRUPO ETAREO	M	F	TOTAL	%
0d- 28 d	0	0	0	0,00
29d - 11m	1	0	1	4,76
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	0	0	0,00
15-19a	0	0	0	0,00
20-49a	5	2	7	33,33
50-64a	3	1	4	19,05
65a+	6	3	9	42,86
TOTAL	15	6	21	100,00

Fuente: Estrategia Sanitaria de Control de TBC 2016  
 Elaborado por la Unidad de Epidemiología

**Distribución de casos de TBC y por grupos de edad atendidos en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega- 2016**



Fuente: Estrategia Sanitaria de Control de TBC 2016  
 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 2016; de 21 casos notificados durante el año tuvimos mayores casos en el sexo masculino con un 71% y del sexo femenino con un 28.5%; al grupo de edad más afectado fueron los mayores de 65 años con un porcentaje de (42.8%); seguido de la edad de 20 a 49 y 50 a 64 años con un porcentaje de (1.6%).

**Casos de TBC por Procedencia atendidos en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - 2016**

PROCEDENCIA	M	F	FRECUENCIA	%
ABANCAY	5	3	8	38,10
CACHORA	1	0	1	4,76
CHACOCHÉ	1	0	1	4,76
CHALHUANCA	1	0	1	4,76
CHUQUIBAMBILLA	0	1	1	4,76
CIRCA	2	0	2	9,52
COTABAMBAS	1	0	1	4,76
CURAHUASI	2	0	2	9,52
HUAYLLATI	0	1	1	4,76
JUAN ESPINOZA MEDRANO	1	0	1	4,76
LUCRE	1	0	1	4,76
PACHACONAS	0	1	1	4,76
<b>Total general</b>	<b>15</b>	<b>6</b>	<b>21</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Estrategia Sanitaria de Control de TBC 2016  
 Elaborado por la Unidad de Epidemiología

ANÁLISIS 2016

En los gráficos de los casos de TBC por procedencia de los pacientes atendidos en la Estrategia de control de TBC del HRGDV del año 2016; de los 21 casos notificados por la Unidad de Epidemiología los pacientes mayormente proceden del distrito de Abancay con un (45.65%), seguido del distrito de Curahuasi y Circa Aymaraes, Grau y Antabamba.

**Casos de TB por localización anatómica Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega 2016.**

LOCALIZACION ANATOMICA	M	F	FRECUENCIA	%
EXTRAPULMONAR	2	3	5	23,81
PULMONAR	13	3	16	76,19
<b>Total general</b>	<b>15</b>	<b>6</b>	<b>21</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Estrategia Sanitaria de Control de TBC 2016  
 Elaborado por la Unidad de Epidemiología

En la tabla de los casos notificados de TB por localización anatómica al año 2016; de 21 pacientes el (76,19%) son de afección Pulmonar y un (23,81%) son de afección Extra Pulmonar.

LOCALIZACION EXTRAPULMONAR	M	F	FRECUENCIA
GANGLIONAR	1	0	1
GRANULOMA TB	0	1	1
INTRAPERITONEAL	0	1	1
TBC SISTEMICO	1	1	2
<b>Total general</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>5</b>

Fuente: Estrategia Sanitaria de Control de TBC 2016  
 Elaborado por la Unidad de Epidemiología

**Casos de TB por criterio de diagnóstico Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega 2016.**

CRITERIO DE DIAGNOSTICO	M	F	TOTAL	%
BACTERIOLOGICO	1	3	4	19,05
CLINICO , RADIOLOGICO	4	0	4	19,05
BACILOSCOPIA	3	0	3	14,29
BACTERIOLOGICO,CLINICO,RADIOLOGICA	1	1	2	9,52
BASILOSCOPIA	1	1	2	9,52
CLINICO,RADIOLOGICA,EPIDEMIOLOGICO	2	0	2	9,52
CLINICO,BACTERIOLOGICA,EPIDEMIOLOGICO	1	0	1	4,76
CLINICO,RADIOLOGICO	1	0	1	4,76
RADIOLOGICO	1	0	1	4,76
OTRO	0	1	1	4,76
<b>Total general</b>	<b>15</b>	<b>6</b>	<b>21</b>	<b>100</b>

En la tabla el criterio de diagnóstico de TB mayormente la detección oportuna es por baciloscopia y clínico radiológico en un (19.05%) y los otros criterios son con menor porcentaje.

## **VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES INFORME DE VIGILANCIA DE CASOS DE DIABETES**

### **HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA 2016**

A  
S  
I  
S  
2  
0  
1  
6

Las enfermedades crónicas se definen como enfermedades de larga duración y por lo general son de progresión lenta, constituyendo las principales causas de mortalidad en el mundo. Entre estas enfermedades, la diabetes mellitus tipo 2 (DM2), desorden metabólico crónico caracterizado por niveles elevados de glucosa en sangre, constituye un problema de salud pública a nivel mundial. Cifras entregadas por la International Diabetes Federation muestran que actualmente existen 246 millones de diabéticos y que esta cifra podría seguir aumentando con el incremento de la obesidad. En Latinoamérica se estima una prevalencia de 5.7% y las proyecciones estiman 8.1% para el año 2025.

La falta de adherencia al tratamiento dieto terapéutico y ejercicio físico en personas con DM2 es una de las situaciones que se manifiesta en forma habitual en la práctica clínica. Se estima que en la actualidad las cifras de la no adherencia bordean el 50%, y la mayor parte de los pacientes no consideran que la actividad física y la dieta terapia sean fundamentales para lograr un correcto control metabólico, convirtiéndose en una prioridad en salud pública por las consecuencias que ésta genera en el avance de la enfermedad y los costos socioeconómicos asociados. Por lo que es importante reforzar la adherencia no solo al tratamiento farmacológico, sino también, a la adopción de estilos de vida saludable y el cumplimiento de controles y recomendaciones del equipo de salud. (3)

**Czul, Frank y Otros; “Una actualización de pancreatitis crónica Chicago. Chicago, EE UU 2017”:** artículo de revisión dice: La pancreatitis crónica es una enfermedad fibro-inflamatoria progresiva del páncreas caracterizado por la fibrosis irreversible de la glándula con el eventual fallo de las funciones exocrinas y endocrinas. Las características distintivas de la enfermedad son el dolor abdominal, la malabsorción, la desnutrición, la diabetes mellitus y las



calcificaciones pancreáticas. En muchos pacientes el origen de esta enfermedad se debe a una compleja mezcla de factores ambientales (por ejemplo, alcohol, cigarrillos y productos químicos en el trabajo), factores genéticos y en algunos casos origen hereditario o autoinmune. El manejo incluye enfoques médico, endoscópico y quirúrgico con la necesidad de la interacción entre diversas especialidades para dar un enfoque multidisciplinario coordinado. Esta revisión ofrece una visión general de los estudios recientes resumiendo la epidemiología, etiología, fisiopatología, manifestaciones clínicas, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. (4)

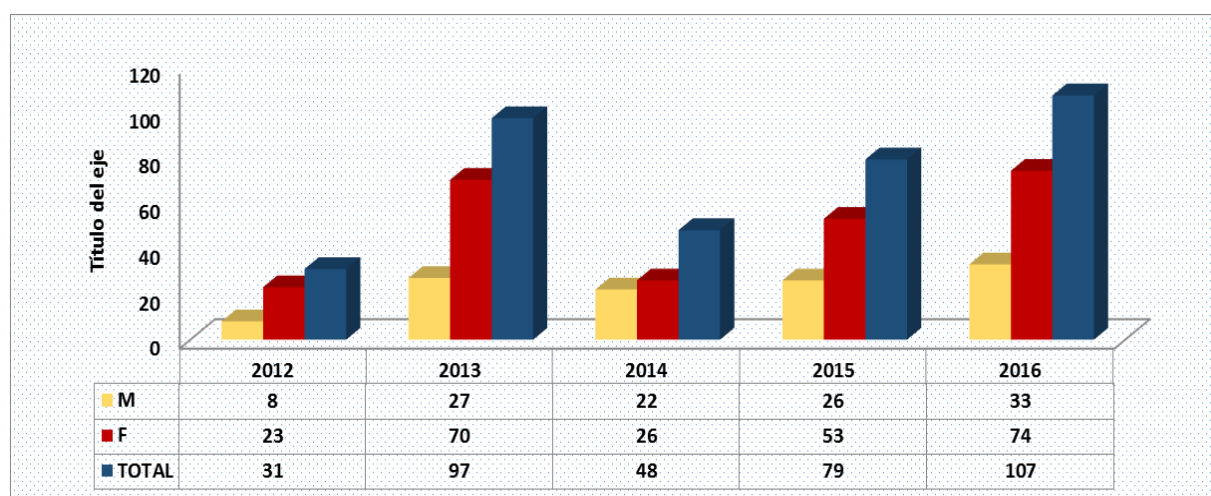
### 3.2.3. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE CASOS DE DIABETES

#### VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE CASOS DE DIABETES POR EDAD HRGDV 2012-2016

AÑOS	M	F	TOTAL	TIA Abancay < 20 a +	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

Fuente: Vigilancia Epidemiológica del 2016

En nuestra localidad mayormente se **presentan los** casos de diabetes tipo 2 y el año que mayormente se notifico fue el año 2016 con (117), seguido del año 2013 con (97) casos.



Los atendidos en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega del año 2016; de 117 casos notificados durante el año tuvimos mayormente en el sexo femenino con 74 casos y del sexo masculino con un 33 caso.

**VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE CASOS DE DIABETES POR EDAD Y SEXO HRGDV 2016**

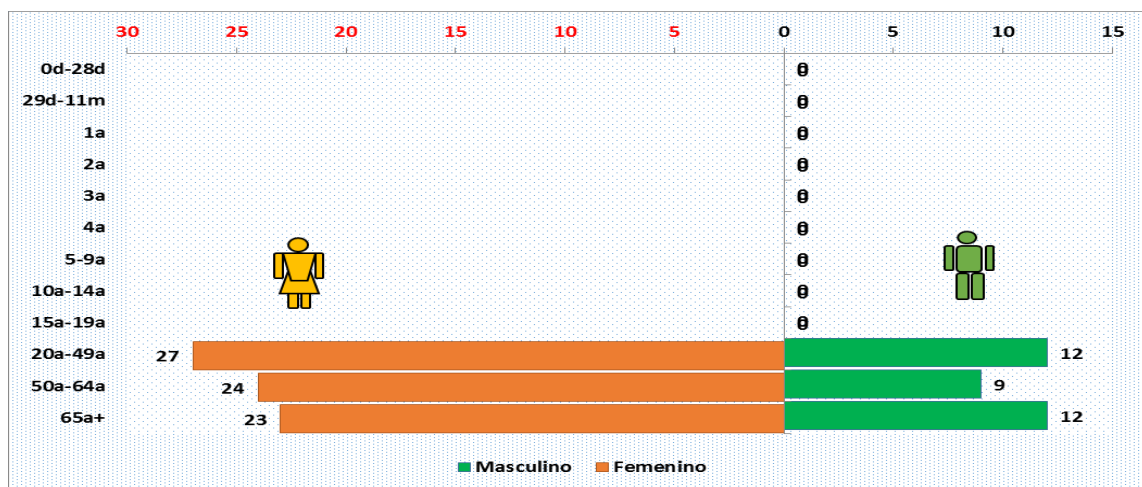
**A  
S  
I  
S  
2  
0  
1  
6**

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	0	0,00	0	0,00
20a-49a	12	11,21	27	25,23	39	36,45
50a-64a	9	8,41	24	22,43	33	30,84
65a+	12	11,21	23	21,50	35	32,71
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>30,84</b>	<b>74</b>	<b>69,16</b>	<b>107</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Vigilancia Epidemiológica del 2016

Los atendidos en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega del año 2016; de 117 casos notificados durante el año tuvimos mayormente en el sexo femenino con 74 casos con (69,16%) y del sexo masculino con un 33 caso con (30,84%).

**VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE CASOS DE DIABETES POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO HRGDV 2016**



Fuente: Vigilancia Epidemiológica del 2016



Se notificaron 117 casos; el 36,45% de los casos se concentraron entre los 20 y 49 años de edad y del sexo femenino el (85,33%) y el sexo masculino con (11,21%); seguido del grupo de edad de 50 a 64 años de edad con (30,84%).

### VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE CASOS DE DIABETES POR TIPO DE SEGURO HRGDV 2016

TIPO DE SEGURO	F	M	FRECUENCIA	%
SIS	32	72	104	97,2
ESSALUD	1	2	3	2,8
<b>Total general</b>	<b>33</b>	<b>74</b>	<b>107</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Vigilancia Epidemiológica del 2016

Vigilancia epidemiológica de diabetes por tipo de seguro en el hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega año 2016; del total de 117 casos notificados: observamos que el mayor número de pacientes son asegurados por el SIS con el (97,20%); seguido de pacientes de ESSALUD que vienen a atenderse y no cuentan con seguro en un (2,8%) y asegurado.

### VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE CASOS DE DIABETES POR COMPLICACIONES EN EL HRDV 2016

COMPLICACIONES	M	F	FRECUENCIA	%
SIN COMPLICACION	25	65	90	84,1
NEUROPATIA	2	3	5	4,7
NEUROPATIA DIABETICA	2	3	5	4,7
ENFER. ARTERIAL	1	2	3	2,8
RETINOPATIA NO PROLIFERATIVA	1	0	1	0,9
RETINOPATIA PROLIFERATIVA	1	0	1	0,9
PIE DIABETICO (S/ AMPUTACION)	1	0	1	0,9
ENF. ISQUEMICA DEL CORAZON	0	1	1	0,9
PIE DIABETICO (C/AMPUTACION)	0	0	0	0,0
EPISODIOS DE HIPOGLICEMIA	0	0	0	0,0
ENFER. CEREBRO VASCULAR	0	0	0	0,0
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>74</b>	<b>107</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Vigilancia Epidemiológica del 2016

Vigilancia de diabetes por tipo de complicaciones en el hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega 2016; del total de 117 casos notificados: observamos que el mayor número de pacientes no tienen complicaciones con un (84,1%),

seguido de pacientes con neuropatía con 5 casos (4,7%), seguido de enfermedad arterial periférica con 4 casos con (5.6%). 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 neurosis y enfermedad arterial periférica. Por esta razón, es necesario fortalecer la capacidad de los servicios de atención especializada, infraestructura, equipamiento, reactivos de laboratorio en el laboratorio del hospital hasta la fecha todavía no se realiza el análisis de hemoglobina glicosilada y abastecimiento oportuno de medicamentos; asimismo, las intervenciones deben fortalecer el primer nivel de atención con fines de prevención y detección de personas con alto riesgo de desarrollar diabetes mellitus.

### **VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE CASOS DE DIABETES POR COMORBILIDAD EN EL HRGDV 2016**

<b>COMORBILIDAD</b>	<b>M</b>	<b>F</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>
DISLIPIDEMIA	21	42	63	58,9
OBESIDAD	5	11	16	15,0
SIN COMPLICACION	2	12	14	13,1
HIPERTENSION ARTERIAL	4	8	12	11,2
ENF. TIROIDEA	0	1	1	0,9
CANCER	1	0	1	0,9
ANEMIA	0	0	0	0,0
HIGADO GRASO	0	0	0	0,0
TUBERCULOSIS	0	0	0	0,0
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>74</b>	<b>107</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Vigilancia Epidemiológica del 2016

La vigilancia de diabetes por tipo de complicaciones en el hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega 2016; del total de 117 casos de diabetes tienen comorbilidad de dislipidemia 63 casos con (58,9%), seguido de pacientes con obesidad presentaron 16 casos con (15,0%), la enfermedad que afecta también es la hipertensión arterial con 12 casos con (11,2%); generalmente los pacientes van acompañados de las afecciones ya nombradas también van acompañadas de triglicéridos.

**VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE CASOS DE DIABETES POR TIPO DE TRATAMIENTO EN EL HRGDV 2016**

TRATAMIENTO	M	F	TOTAL	%
METFORMINA	18	35	53	48,18
CLIBENCLAMIDA	8	18	26	23,64
INSULINA ANALOGAS	10	11	21	19,09
INSULINA HUMANAS	3	5	8	7,27
SULFONIL UREAS	0	2	2	1,82
GLITAZONAS	0	0	0	0,00
GLIFOZINAS	0	0	0	0,00
Total General	39	71	110	100,00

Fuente: Vigilancia Epidemiológica del 2016

Vigilancia de diabetes por tipo de tratamiento en el hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega 2016; de 117 casos notificados el mayor número de pacientes recibe tratamiento con metformina en un (48.18%), seguido de clibenclamida en un (23.64%) e insulina análoga en un (19.09%) pacientes.

**3.2.4. VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE CANCER**

**Henríquez, Giana en su estudio “El efecto del envejecimiento para la carga de cáncer en Colombia: proyecciones para las primeras cinco localizaciones por departamento y sexo en Colombia, 2020 y 2050** Objetivo: Demostrar el efecto de los cambios demográficos previstos por la CEPAL en la carga de cáncer en nuestro país. Método: Se estableció el número de casos nuevos de cáncer en las primeras cinco localizaciones en mayores de 15 años, mediante las tasas de incidencia de cáncer para cada departamento, ~ Bogotá y el grupo Amazonas estimadas por el Instituto Nacional de Cancerología y las proyecciones poblacionales del 2020 del DANE y del 2050 de la CEPAL. Resultados: El número de estos casos nuevos subiría un 28% en los hombres y un 25% en las mujeres en el 2020; pero en el 2050 el incremento sería del 58% en ambos sexos. La enfermedad en estas localizaciones se concentraría mucho más en mayores de 65 años, ya que pasaría del ~ 62% al 75% en el 2050 en hombres y del 33% al 53% en mujeres. Más de las tres cuartas partes de ellos serían de próstata, estómago y pulmón en hombres, y en las mujeres de mama, cuello uterino y colorrectal, en la mayoría de los departamentos del país. Conclusiones: Es necesario reflexionar sobre la construcción de la política pública de atención en salud oncológica; sobre la medición, comparación y difusión de los resultados, de la prevención y detección oportuna; y sobre el significado de la atención de cáncer en personas mayores, la asistencia paliativa

**A  
S  
I  
S  
2  
0  
1  
6**

en todos los niveles con enfoque de salud pública y la protección social de los cuidadores. (5)

**TENDENCIA DE CANCER POR MESES HRGDV AÑO 2012-2016**

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

Fuente: Vigilancia Epidemiológica HRGDV 2016

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 nuevos<sup>1</sup>. 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 Perú<sup>12</sup> 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.

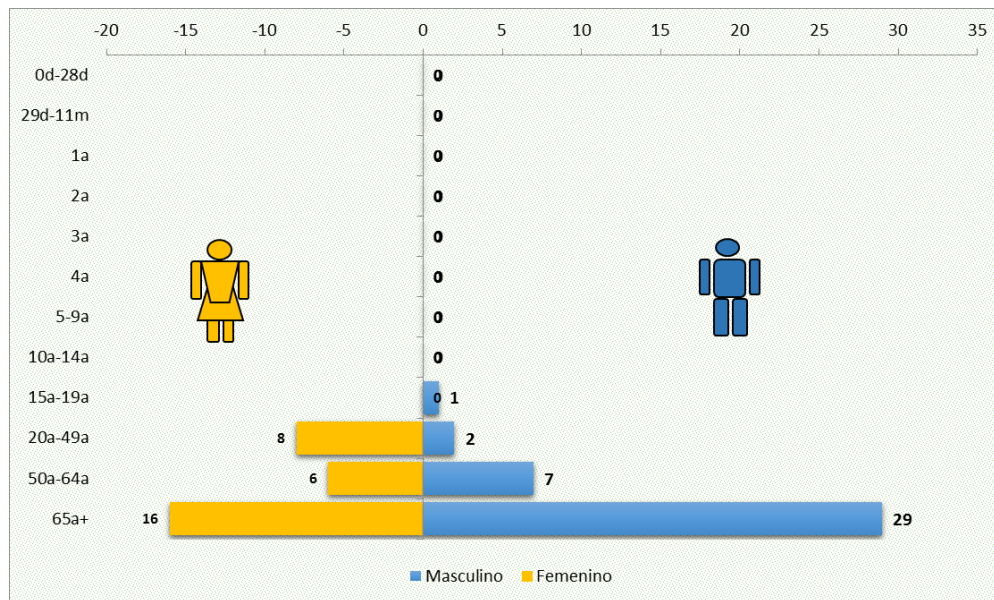
**CASOS NOTIFICADOS DE CANCER SEGUN GRUPOS DE EDAD Y SEXO HRGDV  
 AÑO 2016**

**A  
S  
I  
S  
2  
0  
1  
6**

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	1	1,45	0	0,00	1	1,45
20a-49a	2	2,90	8	11,59	10	14,49
50a-64a	7	10,14	6	8,70	13	18,84
65a+	29	42,03	16	23,19	45	65,22
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>56,52</b>	<b>30</b>	<b>43,48</b>	<b>69</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Vigilancia Epidemiológica HRGDV 2016

**DISTRIBUCION DE CASOS DE CANCER SEGÚN GRUPOS DE EDAD Y SEXO  
 HRGDV AÑO 2016.**



Fuente: Vigilancia Epidemiológica HRGDV 2016

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.

MORBILIDAD POR CANCER	M	F	FRECUENCIA	%	LETALIDAD	%
ADENO CARCINOMA DE PROSTATA	20	0	20	28,99	1	1,4
CA GASTRICO	9	4	13	18,84	0	0,0
CARCINOMA DE CERVIX	0	12	12	17,39	0	0,0
NM COLON	2	2	4	5,80	1	1,4
NM PULMONAR	0	2	2	2,90	2	2,9
ADENO CARCINOMA GASTRICO	1	0	1	1,45	2	2,9
CA DE MAMA	0	1	1	1,45	1	1,4
CA DE UTERO METASTASICO	0	1	1	1,45	0	0,0
CANCER DE VEJIGA	1	0	1	1,45	0	0,0
CARCINOMA MICROINUCCIVA DE UTERO	0	1	1	1,45	0	0,0
LEUCEMIA	1	0	1	1,45	0	0,0
NM BIA BILIAR Y PANCREAS	0	1	1	1,45	0	0,0
NM COLEDOCO	0	1	1	1,45	0	0,0
NM DE CARDIAS QUE INFILTRA ESOFAGO	1	0	1	1,45	0	0,0
NM DE VEJIGA	0	1	1	1,45	0	0,0
NM PENE	1	0	1	1,45	0	0,0
NM RENAL DERECHO EN SU POLO SUPERIOR	0	1	1	1,45	0	0,0
NM VEJIGA	1	0	1	1,45	0	0,0
TUMOR DE EPIDIDIMO	1	0	1	1,45	0	0,0
TUMOR INFILTRANTE DE HIGADO Y VESICULA BILIAR	0	1	1	1,45	0	0,0
TUMOR MALIGNO DEL CEREBRO	1	0	1	1,45	0	0,0
<b>Total general</b>	<b>39</b>	<b>30</b>	<b>69</b>	<b>100,00</b>	<b>7</b>	<b>10,1</b>

Fuente: Vigilancia Epidemiológica HRGDV 2016

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.



### VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE CASOS DE CANCER POR PROCEDENCIA HRGDV AÑO 2016

**A  
S  
I  
S  
2  
0  
1  
6**

PROCEDENCIA	M	F	FRECUENCIA	%
ABANCAY	12	8	20	28,99
CHUQUIBAMBILLA	4	4	8	11,59
SAN PEDRO DE CACHORA	3	2	5	7,25
HUANCARAMA	1	3	4	5,80
CHALHUANCA	3	0	3	4,35
LAMBRAMA	2	1	3	4,35
TAMBURCO	2	1	3	4,35
CHACOCHÉ	0	2	2	2,90
CHAPIMARCA	1	1	2	2,90
SAN JUAN DE CHACYA	1	1	2	2,90
CHALLHUAHUACHO	0	1	1	1,45
CIRCA	0	1	1	1,45
CURAHUASI	0	1	1	1,45
CURPAHUASI	1	0	1	1,45
HAQUIRA	0	1	1	1,45
HUANIPACA	0	1	1	1,45
HUAQUIRCA	1	0	1	1,45
HUAYLLATI	1	0	1	1,45
HUAYLLO	1	0	1	1,45
PACHACONAS	1	0	1	1,45
PICHIRHUA	1	0	1	1,45
SANAYCA	1	0	1	1,45
TAPAIRIHUA	1	0	1	1,45
TINTAY	0	1	1	1,45
TURPAY	1	0	1	1,45
VILCABAMBA	0	1	1	1,45
YANACA	1	0	1	1,45
<b>Total general</b>	<b>39</b>	<b>30</b>	<b>69</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Vigilancia Epidemiológica HRGDV del 2016

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 CANCER POR BASE DE DIAGNOSTICO HRGDV AÑO 2016

BASE DE DIAGNOSTICO	M	F	FRECUENCIA	%
POR ENDOSCOPIA, COLONOSCOPIA, IVAA	9	5	14	20,29
CIRUGIA EXPLORATORIA	9	4	13	18,84
EXAMENES BIOQUIMICOSY/O INMUNOLOGICOS	10	0	10	14,49
SOLAMENTE CLINICA	4	5	9	13,04
POR IMÁGENES, RX, ECOGRAFIA, TAC/RC	4	5	9	13,04
HSTOLOGIA DE TUMOR PRIMARIO	1	4	5	7,25
HISTOLOGIA METASTASICA	1	3	4	5,80
CITOLOGIA O HEMATOLOGIA	0	3	3	4,35
SOLO POR CERTIFICADO DE DEFUNCION	1	1	2	2,90
<b>Total general</b>	<b>39</b>	<b>30</b>	<b>69</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Vigilancia Epidemiológica HRGDV del 2016



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.

### **3.2.5. VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE LESIONES POR ACCIDENTE DE TRANSITO**

Las lesiones ocasionadas por trauma son una de las principales causas de muerte y discapacidad en el mundo. Se estima que cada año más de 5 millones de personas mueren por lesiones, principalmente por accidentes de tránsito producidos por vehículos automotores. Cada año 15 millones de personas sufren lesiones por efectos de accidentes de tránsito. Las investigaciones sobre el tema estiman que cada habitante del mundo, durante toda su vida, tiene la probabilidad de uno en siete de sufrir, algún día, un accidente de tránsito por vehículo automotor.

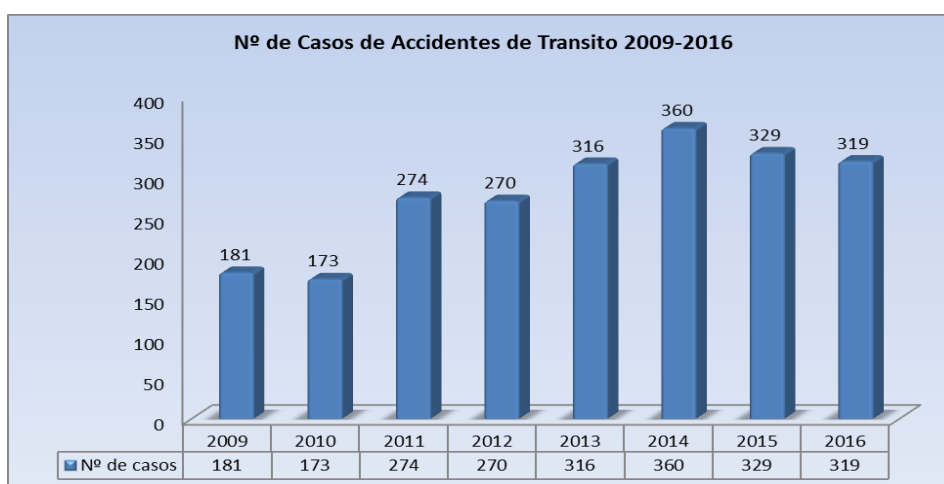
1,2 millones de personas perdieron la vida a causa de colisiones en las vías de tránsito, lo cual representa que en promedio 3 242 personas murieron diariamente en calles y carreteras del mundo; quedando entre 20 y 50 millones lesionados o discapacitados. El 90% de las defunciones causadas por el tránsito se registraron en los países de ingreso bajo y medio, donde viven 5 098 millones de personas (81% de la población del mundo) y en cuyos caminos circula el 20% de parque automotor mundial. Se prevé que en la lista de principales factores que contribuyen a la carga mundial de morbilidad, los traumatismos causados por el tránsito pasarán del décimo lugar en 2002 al octavo lugar en el 2030. En nuestro país, la Policía Nacional del Perú, es el ente encargado de registrar y brindar las estadísticas sobre accidentes de tránsito, clasificando los eventos como fatales y no fatales, considerando a estos últimos como aquellos accidentes donde no se han producido muertos sino sólo lesionados.

Sólo durante el año 2008, **50 059** personas han sufrido lesiones producto de eventos relacionados al tránsito. Desafortunadamente, una de las debilidades de este importante registro proporcionado por la Policía Nacional es no considerar

la gravedad de las lesiones, ni el diagnóstico médico que estos accidentes involucran.

El Ministerio de Salud-MINSA, como ente rector de la salud en el país, tiene la responsabilidad de conducir, regular y proteger la salud, garantizando la prestación de servicios y la identificación de prioridades sanitarias, consideradas como daños a la salud pública. A través del Plan Nacional Concertado de Salud (PNCS), instrumento de gestión dirigido a mejorar el estado de salud de la población, en especial de los menos favorecidos, se plantea el noveno objetivo sanitario: “La reducción de la mortalidad por accidentes de tránsito mediante la prevención y educación”, constituyéndose la respuesta del MINSA a la situación de los eventos negativos causados por accidentes de tránsito en el país. Esta respuesta se aborda a través del desarrollo de la Estrategia Sanitaria Nacional de Accidentes de Tránsito - ESNAT; considerada dentro del marco del Modelo de Atención Integral de Salud-MAIS, como una respuesta dirigida al abordaje, prevención, control y reducción de esta problemática sanitaria, designándose a la Oficina General de Defensa Nacional como órgano responsable de la ejecución y coordinación

**Lesiones por Accidentes de tránsito Según meses en el Hospital a Regional Guillermo Díaz de la Vega del año 2009 al 2016**



Fuente: Oficina de Epidemiología HRGDV 2016

Vigilancia epidemiológica de accidentes de tránsito realizado en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega del año 2009 al 2016; 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 notificados y al año 2016 se notificaron 319 pacientes.

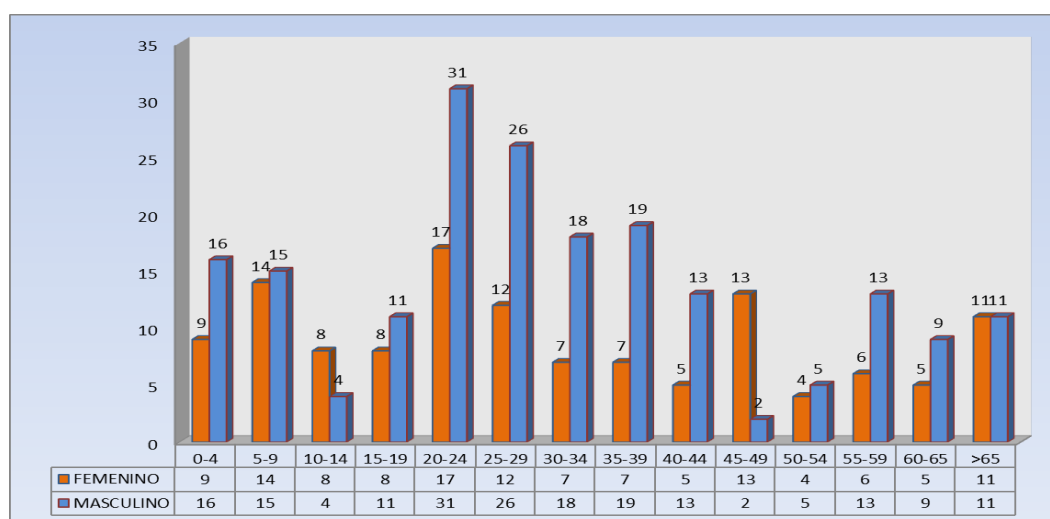
El mes con mayor frecuencia fue mayo con 38 casos de accidentados con un porcentaje de (10.59%), seguido del mes de junio y julio con 37 y 35 casos con un porcentaje de (9,72 y 10,56%).

**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 - 2015**

ACCIDENTES 2015			ACCIDENTES 2016		
MES	TOTAL	%	MES	TOTAL	%
ENERO	29	9,18	ENERO	23	6,39
FEBRERO	30	9,49	FEBRERO	37	10,28
MARZO	27	8,54	MARZO	24	6,67
ABRIL	29	9,18	ABRIL	33	9,17
MAYO	34	10,76	MAYO	38	10,56
JUNIO	28	8,86	JUNIO	37	10,28
JULIO	16	5,06	JULIO	35	9,72
AGOSTO	20	6,33	AGOSTO	14	3,89
SEPTIEMBRE	20	6,33	SEPTIEMBRE	20	5,56
OCTUBRE	37	11,71	OCTUBRE	29	8,06
NOVIEMBRE	46	14,56	NOVIEMBRE	8	2,22
DICIEMBRE	13	4,11	DICIEMBRE	21	5,83
<b>Total General</b>	<b>329</b>	<b>104,11</b>	<b>Total General</b>	<b>319</b>	<b>88,61</b>

Fuente Vigilancia Epidemiológica HRGDV 2016

**Lesiones por Accidentes de tránsito Según lista de lesionados por grupo de edad y sexo atendidos en el Hospital a Regional Guillermo Díaz de la Vega - 2016**



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 2016; se observa del total de 319 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 porcentaje de (15.04%), 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%).

A  
S  
I  
S  
  
2  
0  
1  
6

**Lesiones por Accidentes de tránsito Según diagnósticos y por grupos de edad atendidos en el 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	60-65	>65	Total	%
Traumatismos superficiales múltiples, no especificados	13	15	9	12	25	24	14	10	10	6	5	11	9	11	174	54,5
Traumatismo superficial de región no especificada del cuerpo	1	1				1	1	3	3			2	2	1	15	4,7
Traumatismo superficial de la cabeza, parte no especificada	1				2	1		1	1	2	1		1	2	12	3,8
Traumatismo intracraneal, no especificado	3	1		1	1	2	1								9	2,8
Fractura de la diáfisis de la tibia	1	2	1	1		1									6	1,9
Contusión de otras partes y las no especificadas de la pierna	1	1		1		1				1					5	1,6
Otros traumatismos de la cabeza, especificados	1				1			1				1		1	5	1,6
Contusión de la cadera								2		1		1			4	1,3
Fractura de la clavícula					1		1	1						1	4	1,3
Traumatismo de la cabeza, no especificado	2	1				1									4	1,3
Demas causas	1	4		7	17	3	10	12	8	13	1	1	2	2	81	25,4
<b>Total general</b>	<b>24</b>	<b>25</b>	<b>10</b>	<b>22</b>	<b>47</b>	<b>34</b>	<b>27</b>	<b>30</b>	<b>22</b>	<b>23</b>	<b>7</b>	<b>16</b>	<b>14</b>	<b>18</b>	<b>319</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Vigilancia Epidemiológica HRGDV-2016

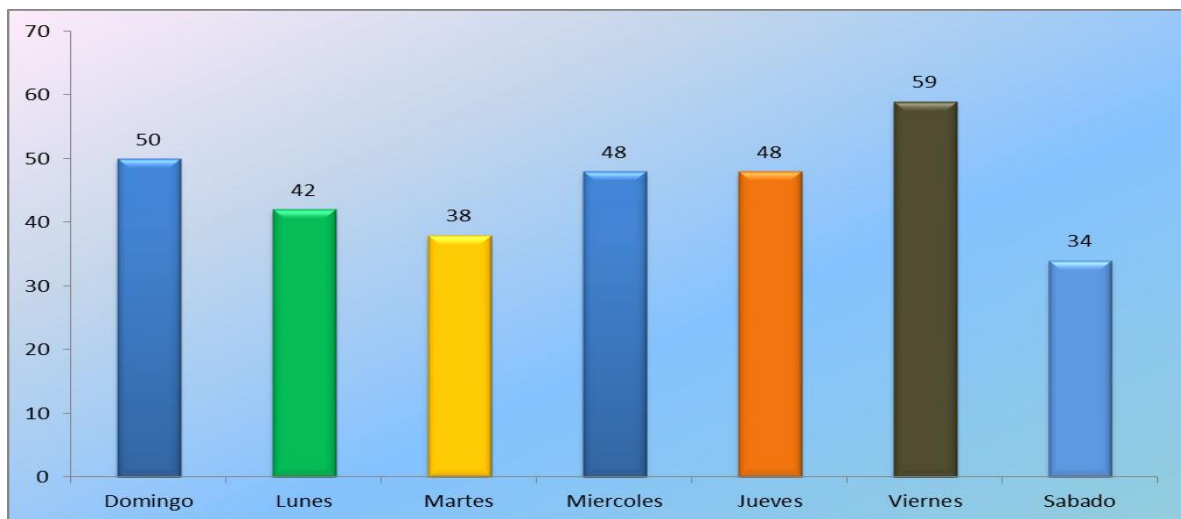
Lesiones por Accidentes de tránsito Según diagnósticos por grupos de edad atendidos en el Hospital a Regional Guillermo Díaz de la Vega al 2016; de 319 casos notificados: Las principales causas de morbilidad fueron los Traumatismos Superficiales Múltiples no Especificadas con 174 casos, el grupo de edad más afectado fue de 20 a 24 y 25 a 29 años; seguido de traumatismo superficial de región de región no especificada del cuerpo.

**Lesiones por Accidentes de tránsito Según día de la semana, atendidos en el Hospital a Regional Guillermo Díaz de la Vega -2016**

DEPARTAMENTO: DIRESA		
PROVINCIA: ABANCAY		
DISTRITO: ABANCAY-HRGDV-2016		
Días de la Semana	Total	%
Domingo	50	15,67
Lunes	42	13,17
Martes	38	11,91
Miercoles	48	15,05
Jueves	48	15,05
Viernes	59	18,50
Sabado	34	10,66
<b>Total general</b>	<b>319</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Vigilancia Epidemiológica HRGDV-2016

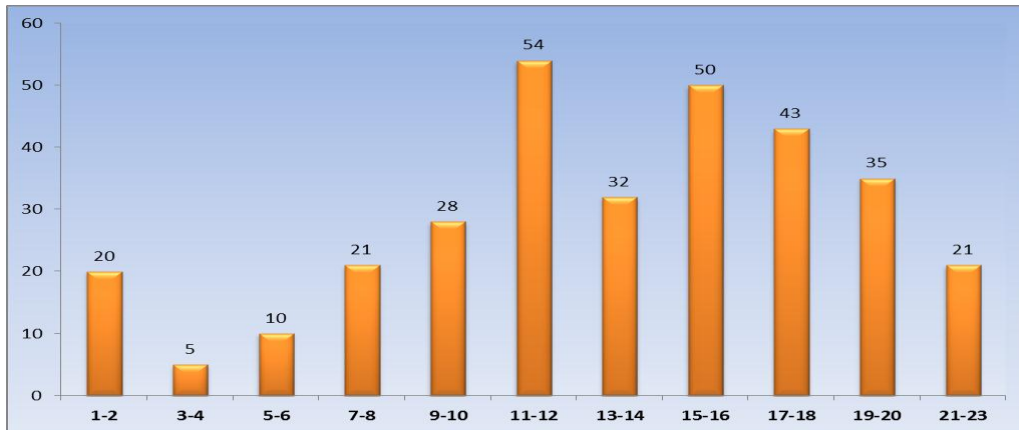
**Lesiones por Accidentes de tránsito Según día de la semana atendidos en el Hospital a Regional Guillermo Díaz de la Vega -2016**



Fuente: Vigilancia Epidemiológica HRGDV2016

En vigilancia epidemiológica de lesiones por accidente de tránsito ocurrido por día en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega al 2016; el día con mayor frecuencia de accidentes es el día viernes con 59 casos seguido del día domingo con 50 casos.

**Lesiones por Accidentes de tránsito ocurridos por hora -Hospital a Regional Guillermo Díaz de la Vega - 2016**



Fuente: Vigilancia Epidemiológica HRGDV 2016

En vigilancia epidemiológica de lesiones por accidente de tránsito ocurridos por hora y atendidos en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega- 2016; con mayor frecuencia de accidentes de 11 a 12 del día con 54 casos notificados, seguido de 15-16 de la tarde con 50 casos notificados y de 17<sup>a</sup> 18 horas con 43.

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

Diagnostico	Total
Traumatismos superficiales múltiples, no especificados	174
Traumatismo superficial de región no especificada del cuerpo	15
Traumatismo superficial de la cabeza, parte no especificada	12
Traumatismo intracraneal, no especificado	9
Fractura de la diáfisis de la tibia	6
Contusión de otras partes y las no especificadas de la pierna	5
Otros traumatismos de la cabeza, especificados	5
Contusión de la cadera	4
Fractura de la clavícula	4
Traumatismo de la cabeza, no especificado	4
Contusión de la rodilla	3
Contusión del hombro y del brazo	3
Fractura de costilla	3
Fracturas múltiples de la pierna	3
Herida de región no especificada del cuerpo	3
Herida del labio y de la cavidad bucal	3
Traumatismo no especificado del abdomen, de la región lumbosacra y de la pelvis	3
Contusión del tórax	2
Contusión de la rodilla	2
Fractura de otro dedo de la mano	2
Fractura del hombro y del brazo, parte no especificada	2
Herida de la muñeca y de la mano, parte no especificada	2
Herida de la rodilla	2
Herida de otras partes de la cabeza	2
Luxación, esguince y torcedura de región no especificada del cuerpo	4
<b>Demas causas</b>	<b>42</b>
<b>Total general</b>	<b>319</b>

Fuente Vigilancia Epidemiológica HRGDV 2016

Lesiones de accidentes de tránsito por frecuencia de diagnósticos en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega- 2016; de las primeras causas de morbilidad son los Traumatismos Superficiales Múltiples no especificados con un porcentaje de (54,5%); seguido del diagnóstico de traumatismo intracraneal no especificado con un porcentaje de (4,7%).

**Lesiones por Accidentes de tránsito Según fuente de financiamiento atendidos en el Hospital a Regional Guillermo Díaz de la Vega - 2016**

<b>DEPARTAMENTO</b> APURIMAC DIRESA		
<b>PREOVINCIA</b> ABANCAY		
<b>DISTRITO</b> ABANCAY - HRGDV 2016		
<b>FINANCIAMIENTO</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>PORCENTAJE</b>
SOAT	307	96,24
MTC	0	0,00
PARTICULAR	12	3,76
<b>TOTAL</b>	<b>319</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Vigilancia Epidemiológica HRGDV 2016

Lesiones de accidentes de tránsito Según fuente de financiamiento en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega- 2016; 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 - 2016**

<b>DEPARTAMENTO</b> APURIMAC DIRESA		
<b>PREOVINCIA</b> ABANCAY		
<b>DISTRITO</b> ABANCAY - HRGDV 2016		
<b>VEHICULO</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>PORCENTAJE</b>
PARTICULAR	205	64,26
PUBLICO	104	32,60
ESTATAL	5	1,57
PRIVADO	5	1,57
<b>TOTAL</b>	<b>319</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Vigilancia Epidemiológica HRGDV 2016

Lesiones de accidentes de tránsito según condición de vehículo - Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega 2016; 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 - 2016**

**A  
S  
I  
S  
  
2  
0  
1  
6**

TIPO DE VEHICULO MOTORIZADO REF. AL LESIONADO		
PREOVINCIA		ABANCAY
DISTRITO		ABANCAY - HRGDV 2016
TIPO DE VEHICULO	CANTIDAD	PORCENTAJE
MOTOCICLETA	34	10,66
MOTOCAR	3	0,94
AUTOMÓVIL	141	44,20
MICROBÚN	56	17,55
ÓMNIBUS	60	18,81
CAMIMIÓN/TREN	25	7,84
BICICLETA	0	0,00
CARRETA	0	0,00
<b>TOTAL</b>	<b>319</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Vigilancia Epidemiológica HRGDV 2016

Según tipo de vehículo motorizado que ocasiona el accidente - Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega del año 2016; el que produce mayor frecuencia de accidentes por automóvil con 141 casos, seguido por ómnibus con 60 casos.

**Lesiones por Accidentes de tránsito Según traslado del lesionado  
 atendidos de en el Hospital a Regional Guillermo Díaz de la Vega -2016**

TRASLADO DEL LESIONADO		
PREOVINCIA		ABANCAY
DISTRITO		ABANCAY - HRGDV 2016
TRASLADO LESIONADO	CANTIDAD	PORCENTAJE
OCASIONANTE	29	9,09
FAMILIAR	34	10,66
PROPIOS MEDIOS	8	2,51
SERENASGO	0	0,00
PERSONA PARTICULAR	146	45,77
POLICÍA	16	5,02
BOMBERO	10	3,13
AMBULANCIA	76	23,82
<b>TOTAL</b>	<b>319</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Vigilancia Epidemiológica HRGDV2016



El traslado del lesionado por accidentes de tránsito - Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega 2016; se observa el que mayormente traslada al paciente lesionado es persona particular con 146 casos con un porcentaje de (45.77%); seguido por sus familiares con 34 casos (10,76%).

**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 2016**

VIAS PRICIPALES DE OCURRENCIA DE ACCIDENTES		
<b>PREOVINCIA</b>	ABANCAY	
<b>DISTRITO</b>	ABANCAY - HRGDV 2016	
VIA PRINCIPAL DONDE OCURRIO EL ACCIDENTE	CANTIDAD	PORCENTAJE
CALLES/JIRON	44	13,79
AVENIDAS	62	19,44
CARRETERAS	213	66,77
AUTOPISTAS/VÍA EXPRESA	0	0,00
<b>TOTAL</b>	<b>319</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Vigilancia Epidemiológica HRGDV 2016

Lesiones por Accidentes de tránsito Según vías principales de ocurrencia de accidentes atendidos en el Hospital a Regional Guillermo Díaz de la Vega - 2016; se observa según las vías principales de ocurrencia de mayor porcentaje son de accidentes ocurridas en las carreteras con 213 casos con un porcentaje de (66.77%); señalamos las principales carreteras: Abancay con 130 casos con (39.51%); seguido de Tamburco con 35 casos con (10.64%) y de Huancarama con 16 casos con (4.86%).

**Lesiones por Accidentes de tránsito Según por tipo de accidente - Hospital  
 Guillermo Díaz de la Vega - 2016**

<b>DEPARTAMENTO</b> APURIMAC DIRESA		
<b>PROVINCIA</b> ABANCAY		
<b>DISTRITO</b> ABANCAY - HRGDV 2016		
<b>TIPO DE ACCIDENTE</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>PORCENTAJE</b>
ATROPELLADO	80	25,08
CHOQUE	73	22,88
VOLCADURA	157	49,22
CAIDA	9	2,82
OTROS	0	0,00
<b>TOTAL</b>	<b>319</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Vigilancia Epidemiológica HRGDV 2016

Lesiones por accidentes de tránsito Según tipo de accidente atendidos en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - 2016; hay mayor frecuencia de accidente por volcadura con (49.22%); seguido de atropello con (25.08%) y por choque un (22,88%).

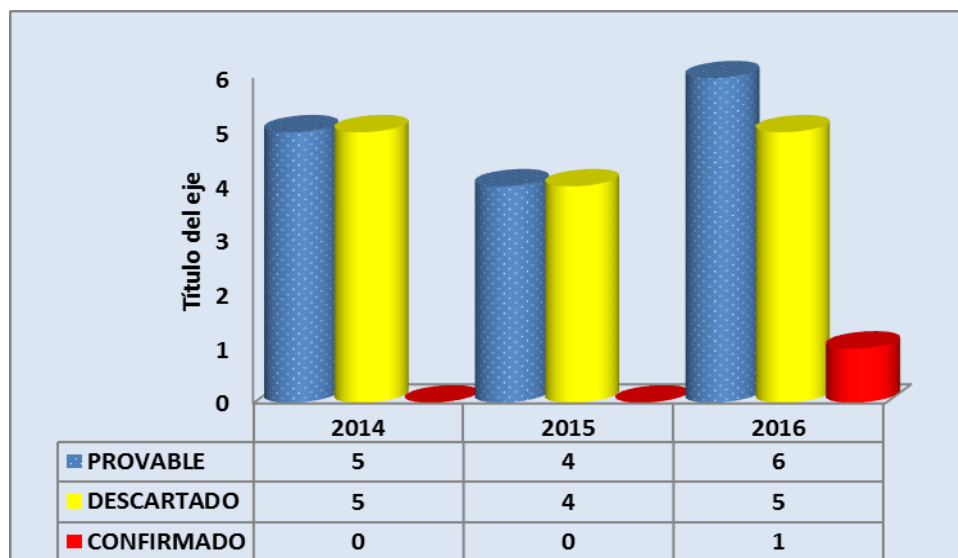
**Lesiones por Accidentes de tránsito Según por condición de egreso-  
 Hospital Guillermo Díaz de la Vega - 2016**

<b>LESIONES SEGÚN CONDICION DE EGRESO</b>		
<b>DEPARTAMENTO: APURIMAC DIRESA</b>		
<b>PROVINCIA : ABANCAY</b>		
<b>DISTRITO : ABANCAY-HRGDV 2016</b>		
	<b>CANTIDAD</b>	<b>PORCENTAJE</b>
ALTA	308	96,55
FALLECIDO	1	0,31
TRANSFERIDO	10	3,13
BLANCO	0	0,00
SIN DATO	0	0,00
<b>Total</b>	<b>319</b>	<b>100,00</b>

**A  
S  
I  
S  
2  
0  
1  
6**

### 3.2.6. VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE ENFERMEDADES PREVENIBLES POR VACUNAS

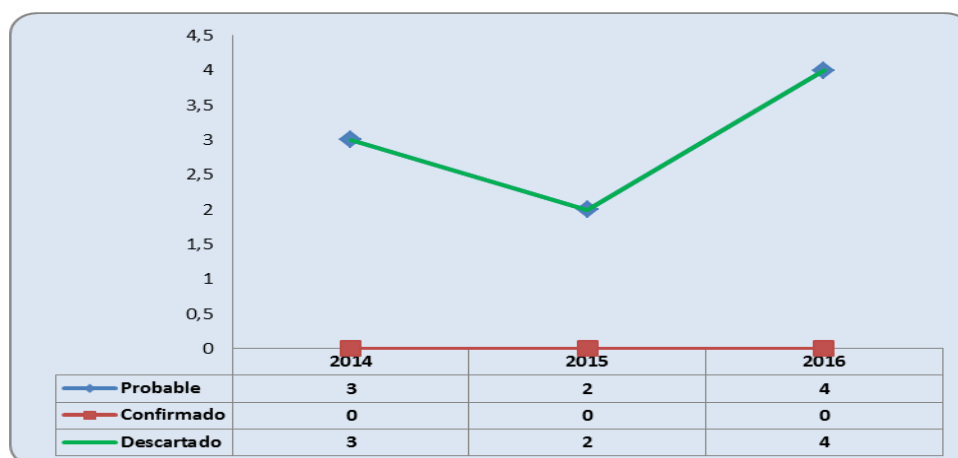
#### Casos Probables de Tos Ferina (Coqueluchoide) Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega 2014– 2016



Fuente: Unidad de Epidemiología HRGDV 2016

Con la vigilancia epidemiológica de Casos de Tos Ferina o Coqueluchoide al año 2016; se notificaron 6 casos probables se confirmó 1 caso positivo de paciente menor de 1 año procedente de la Ub. San Martín. Considerándose como caso de brote para la Red de Pueblo Joven Centenario.

#### Casos Probables de Sarampión y Rubéola Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega 2014– 2016

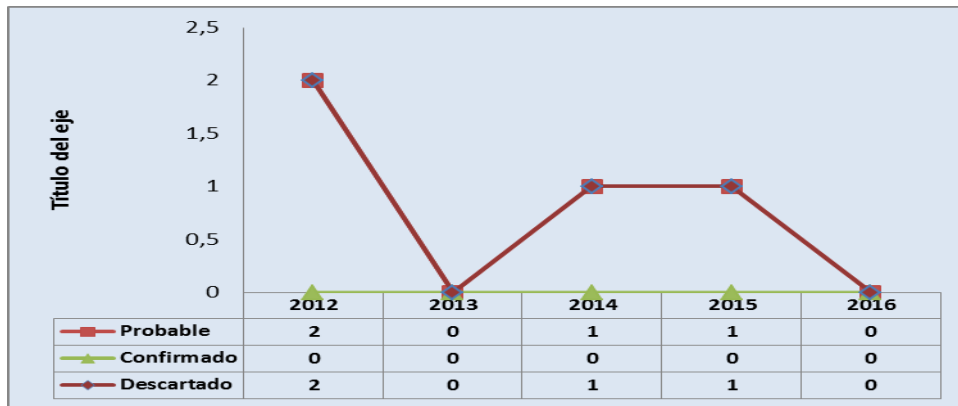


Fuente: Unidad de Epidemiología HRGDV 2016

Los casos de Sarampión y Rubeola atendidos en el HRGDV del 2014 al 2016; todas fueron probables y fueron descartadas por el INS.

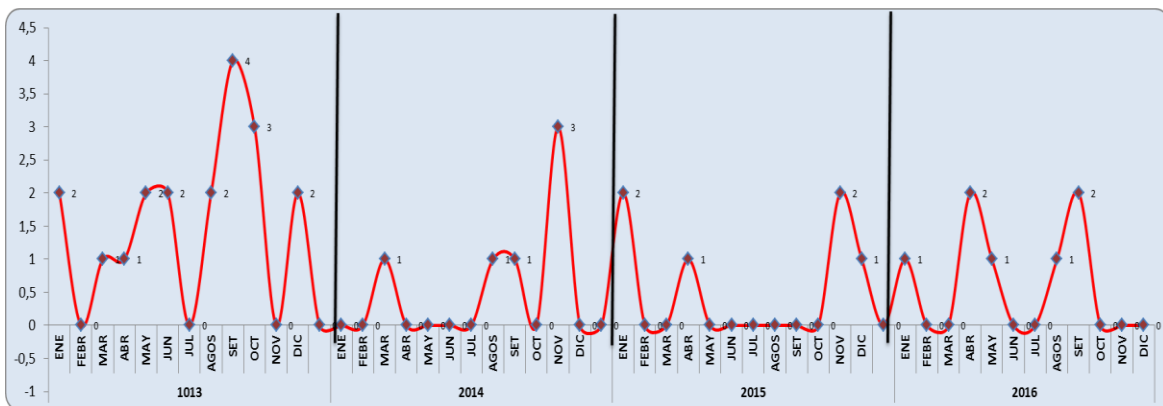
**Casos Probables de Parálisis Flácida aguda - Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega 2012– 2016**

**A  
S  
I  
S  
  
2  
0  
1  
6**



Fuente: Unidad de Epidemiología HRGDV 2016.

**TENDENCIA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE HEPATITIS B DEL 2012 - 2016**



Fuente: Vigilancia Epidemiológica del 2016

**SITUACIÓN DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA INFLUENZA, OVR E IRAG – HRGDV- 2016**

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  
6



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

<b>Países/Estados</b>	<b>Casos</b>	<b>Muertes</b>	<b>%</b>
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
<b>Perú</b>	<b>4781</b>	<b>30</b>	<b>0.63</b>
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
<b>Total en Américas</b>	<b>94886</b>	<b>901</b>	<b>0.95</b>

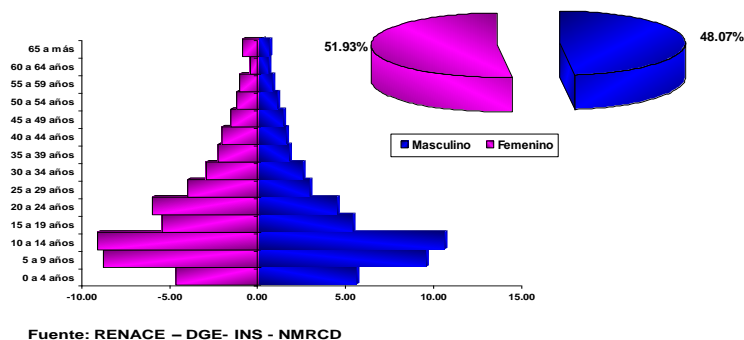
Fuente: Renace-DGE-INS-NMRCO

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 muertos.

# “Análisis de la Situación de Salud – Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega”

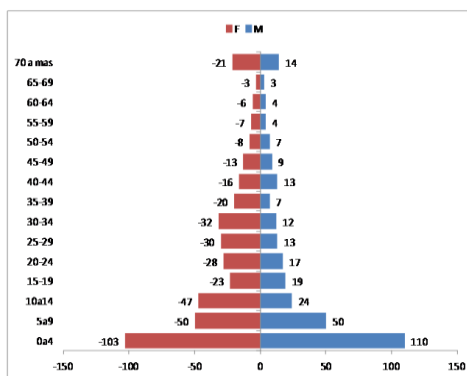
## Unidad de Epidemiología-OESASO

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



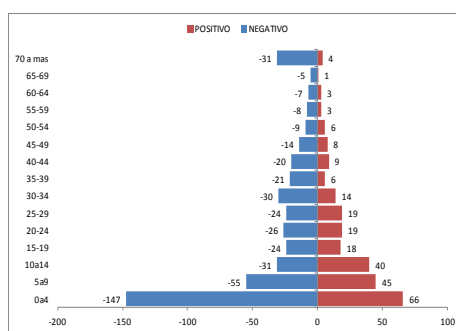
### \* CASOS PROBABLES DE INFLUENZA A H1N1, POR GRUPO DE EDAD Y SEXO REGION APURIMAC AÑO 2009

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
<b>TOTAL</b>	<b>713</b>	<b>100</b>	



### \* % 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
<b>TOTAL</b>	<b>713</b>	<b>261</b>	<b>100.0</b>	



A  
S  
I  
S  
  
2  
0  
1  
6



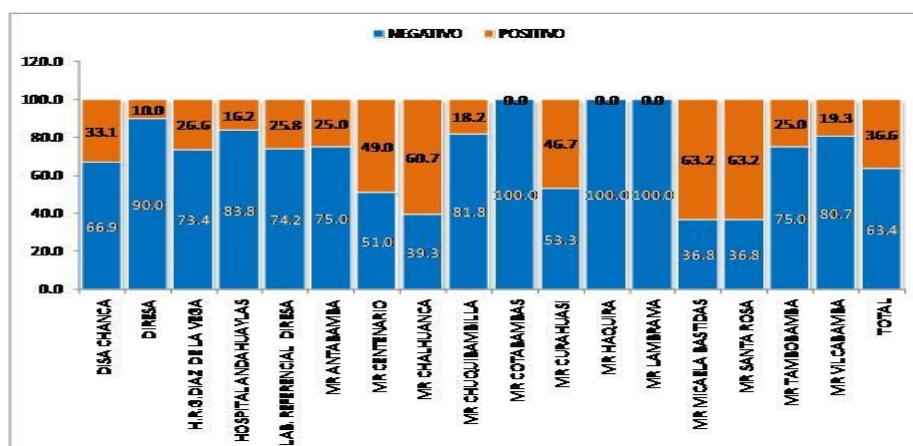
**CASOS CONFIRMADOS DE INFLUENZA PANDEMICA AH1N1, POR HOSP Y MICRO RED, REGION APURIMAC AÑO 2009**

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 ANDAHUAYLAS	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 COTABAMBA	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

A  
S  
I  
S  
  
2  
0  
1  
6

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



Fuente: Renace-Epidemiología DIRESA

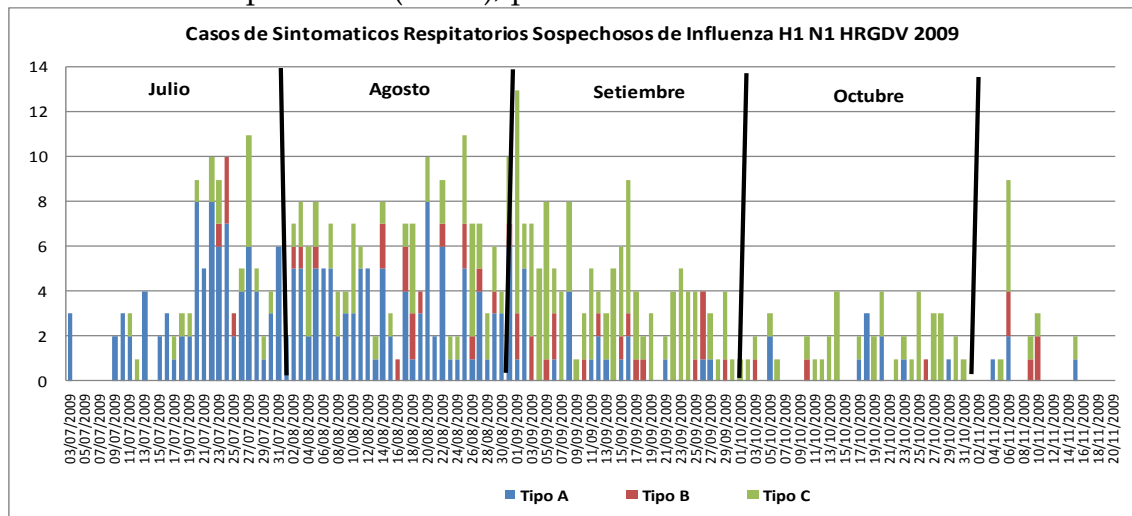
**% CASOS CONFIRMADOS DE LOS PROBABLES, INFLUENZA PANDEMICA, AH1N1, POR EE.SS, REGION APURIMAC AÑO 2009**

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-ABANCAY	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. LAMBRAMA	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
<b>TOTAL</b>	<b>713</b>	<b>452</b>	<b>261</b>	<b>63</b>	<b>37</b>

Fuente: Vigilancia Epidemiológica 2009.

A  
S  
I  
S  
  
2  
0  
1  
6

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



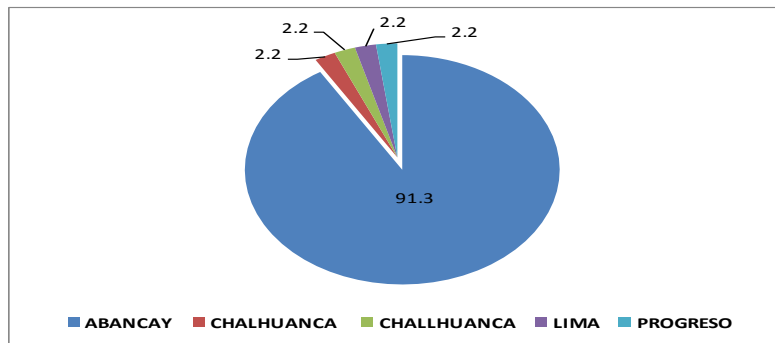
Fuente: Vigilancia Epidemiológica HRGDV 2009.

Casos Sintomáticos Respiratorios Probables de Influenza H1N1 HRGDV-2009

<b>Tipo A</b>	<b>224</b>	<b>46.19</b>
<b>Tipo B</b>	<b>51</b>	<b>10.52</b>
<b>Tipo C</b>	<b>210</b>	<b>43.30</b>
<b>Total Probable</b>	<b>485</b>	<b>100.00</b>

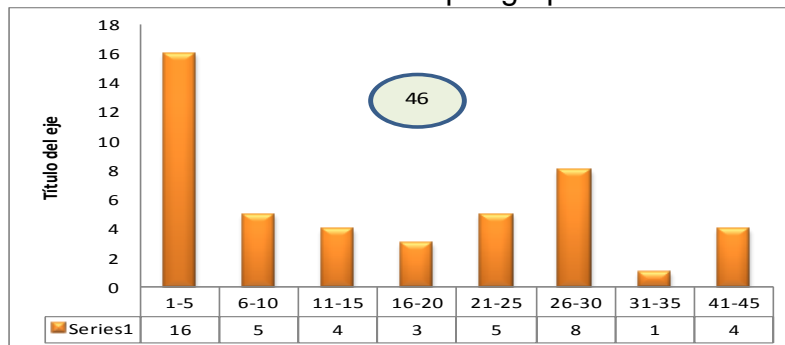
Fuente: Vigilancia Epidemiológica HRGDV-2009.

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



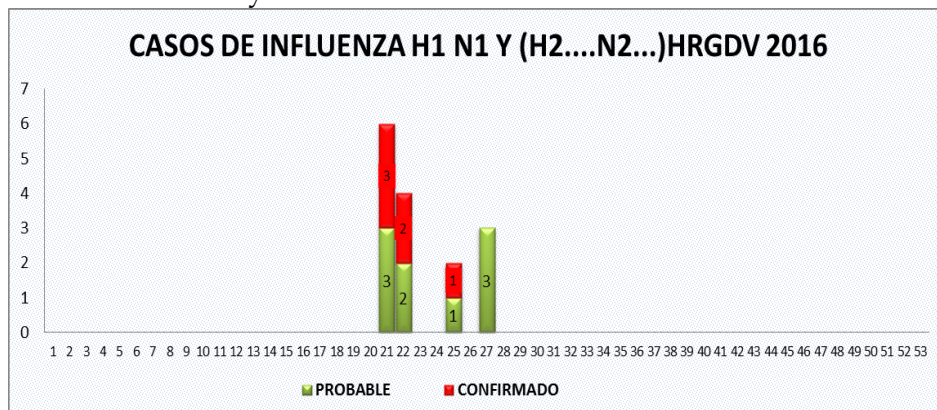
Fuente: Vigilancia Epidemiológica 2009.

Casos Probables y Confirmados de Influenza H1 N1 HRGDV 2013

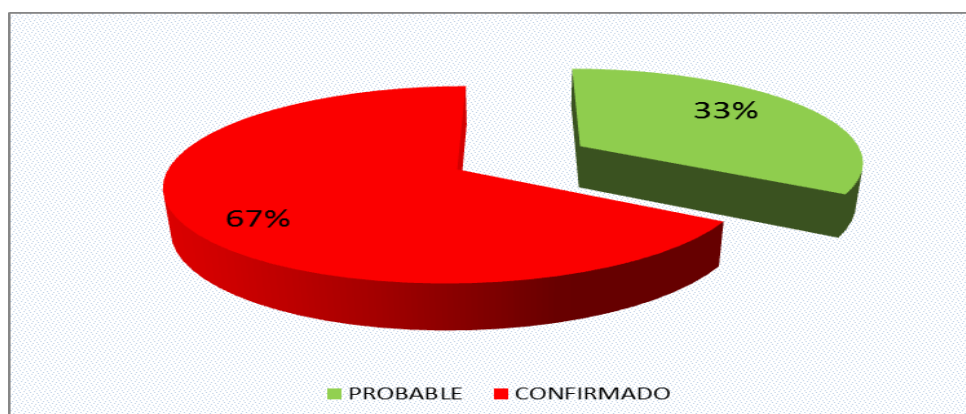
CASOS DE INFLUENZA HRGDV 2013			
TIPO DE INFLUENZA	M	F	TOTAL
NEGATIVO	27	30	57
POSITIVO / H1N1	2	2	4
POSITIVO / H3N2	1	1	2
<b>Total general</b>	<b>30</b>	<b>33</b>	<b>63</b>

Fuente: Vigilancia Epidemiológica 2009.

Casos Probables y Confirmados de Influenza H1 N1 HRGDV 2016

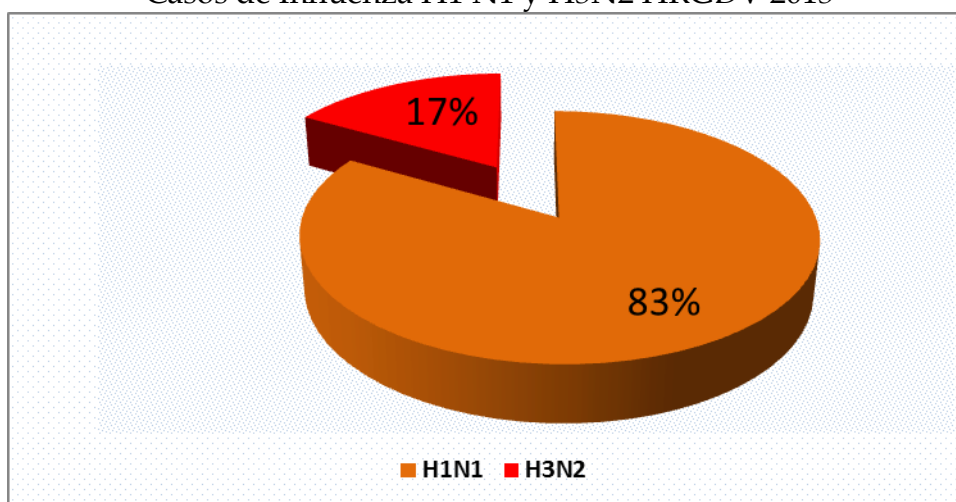


Fuente: Vigilancia Epidemiológica 2016.



Fuente: Vigilancia Epidemiológica 2016

Casos de Influenza H1 N1 y H3N2 HRGDV 2013



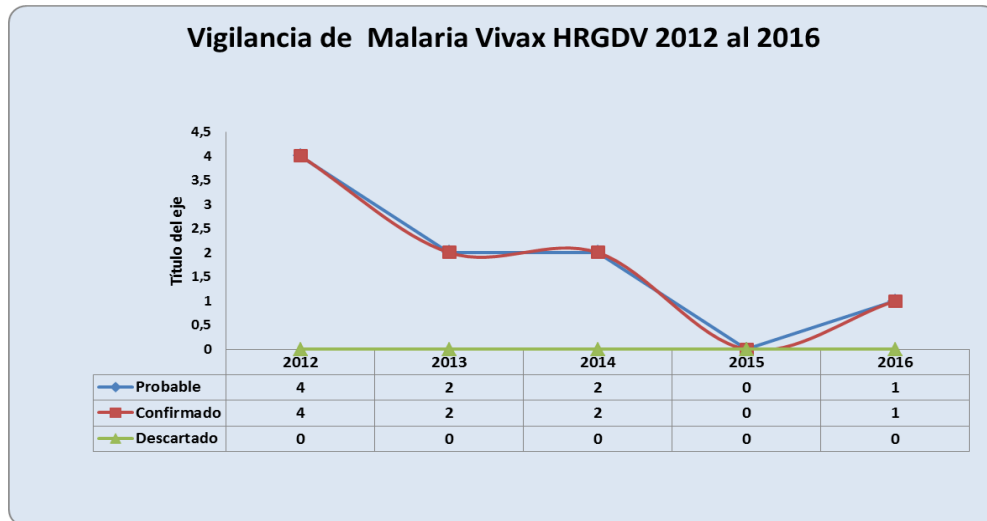
Fuente: Vigilancia Epidemiológica 2016.

**VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR  
 VECTORES HRGDV 2016**

**VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE MALARIA HRGDV 2016**

**Casos de Malária Vivax - Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega 2012-2016**

**A  
S  
I  
S  
  
2  
0  
1  
6**

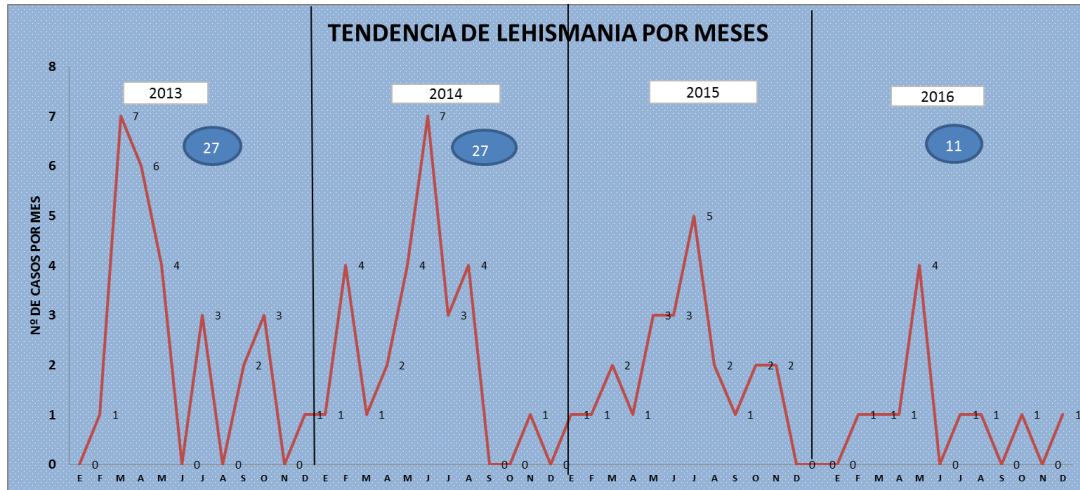


Fuente: Unidad de Epidemiología HRGDV

Los casos de Malaria Vívax confirmados fueron importados, los pacientes que migraron al Departamento de Madre de Dios por motivos de trabajo y regresaron a su cede donde presentaron los signos y los síntomas acudiendo al HRGDVA y fueron atendidos por la Estrategia Sanitaria de Enfermedades Metaxénicas; para el año 2016 disminuyeron los casos probables y conformados a la actualidad no se presentan casos en nuestra población no hay casos importados.

**INFORME DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE CASOS DE  
 LEISHMANIASIS HRGDV 2016**

**TENDENCIA DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE CASOS DE  
 LEISHMANIASIS DEL AÑO 2013 AL 2016**

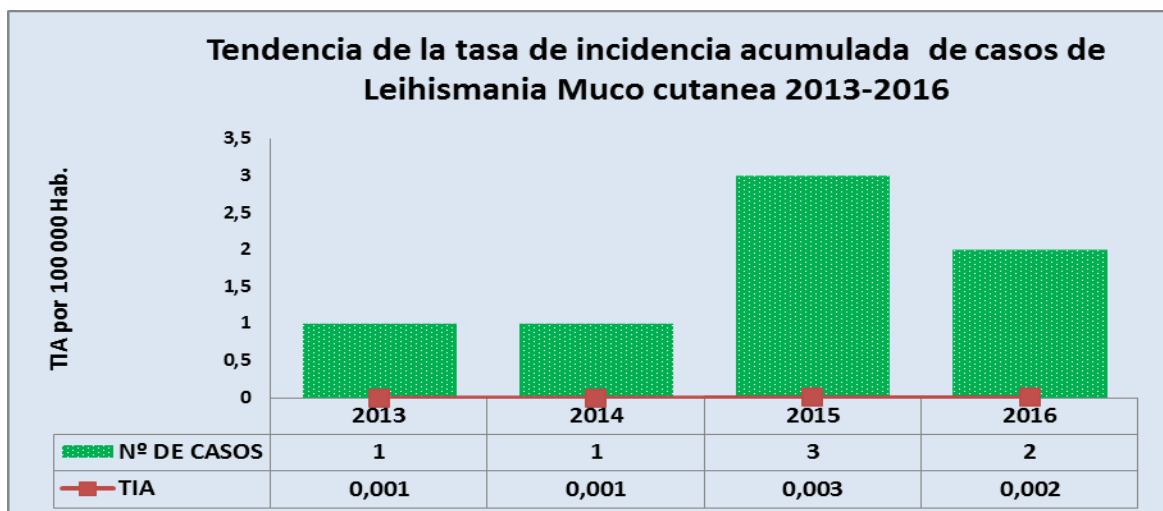


**A  
S  
I  
S  
  
2  
0  
1  
6**

Fuente: Oficina de Epidemiología HRGDV 2016

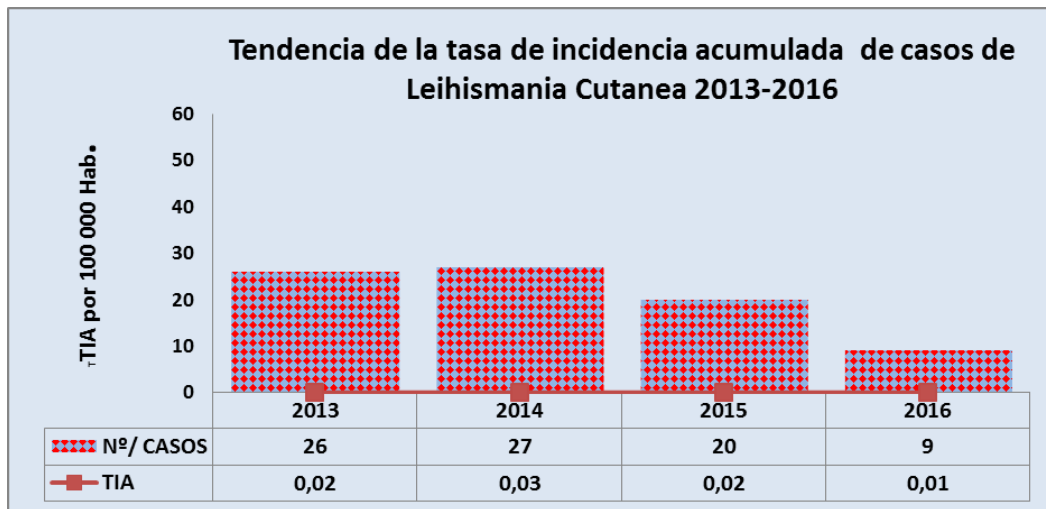
Vigilancia epidemiológica de leishmaniasis entre casos autóctonos e importados en el hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega año 2013 al 2016; para el presente año se notificaron sólo 11 casos; así mismo se observa la tendencia de picos en los meses de mayo. En cuanto a los casos de Leishmania mucocutanea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

**CASOS DE LEISHMANIA MUCOCUTANEA DEL 2013 AL 2016**



Fuente: Oficina de Epidemiología HRGDV 2016

**A  
S  
I  
S  
2  
0  
1  
6**



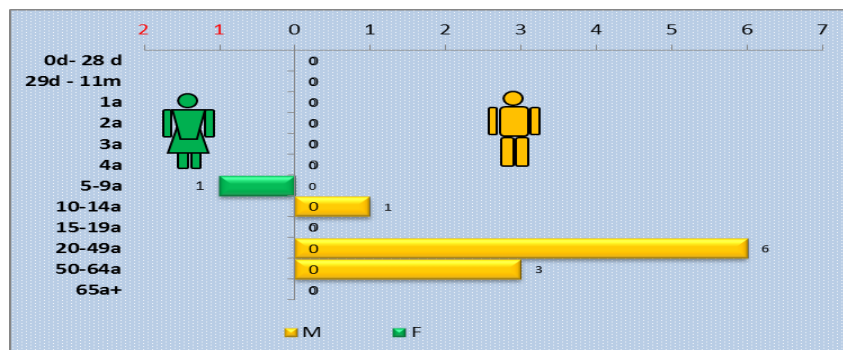
Fuente: Oficina de Epidemiología HRGDV 2016

**VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE CASOS DE LEISHMANIASIS POR EDAD Y SEXO HRGDV 2016**

EDAD	M	%	F	%	TOTAL	%
0d- 28 d	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	1	9,09	1	9,09
10-14a	1	9,09	0	0,00	1	9,09
15-19a	0	0,00	0	0,00	0	0,00
20-49a	6	54,55	0	0,00	6	54,55
50-64a	3	27,27	0	0,00	3	27,27
65a+	0	0,00	0	0,00	0	0,00
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>90,91</b>	<b>1</b>	<b>9,09</b>	<b>11</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Estrategia Sanitaria de Enfermedades Metaxenicas HRGDV 2016

**VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE CASOS DE LEISHMANIASIS POR EDAD Y SEXO HRGDV 2016**



Fuente: Vigilancia Epidemiológica del 2016



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.

**VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE CASOS DE LEISHMANIASIS POR MES  
 HRGDV 2016**

MES	M	F	FRECUENCIA
FEBRERO	1	0	1
MARZO	1	0	1
ABRIL	1	0	1
MAYO	4	0	4
JULIO	1	0	1
AGOSTO	0	1	1
OCTUBRE	1	0	1
DICIEMBRE	1	0	1
<b>Total general</b>	<b>10</b>	<b>1</b>	<b>11</b>

Fuente: Estrategia Sanitaria de Enfermedades Metaxenicas HRGDV 2016

Vigilancia epidemiológica de casos de leishmaniosis en el hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega año 2016; tuvimos 11 casos: la tendencia nos demuestra que se presentaron con mayor frecuencia en el mes de mayo.

**VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE CASOS DE LEISHMANIASIS POR  
 LUGAR DE INFECCION HRGDV-2016**

LUGAR DE INFECCION	M	F	FRECUENCIA	%
GRAU	1	0	1	9,09
HUAYPETUE	1	0	1	9,09
IBERIA	1	0	1	9,09
LAS PIEDRAS	1	0	1	9,09
MADRE DE DIOS	1	0	1	9,09
MARISCAL GAMARRA	1	0	1	9,09
POCOHUANCA	1	0	1	9,09
TAHUAMANU	1	0	1	9,09
TAMBOPATA	2	0	2	18,18
TAPAYRIHUA	0	1	1	9,09
<b>Total general</b>	<b>10</b>	<b>1</b>	<b>11</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Estrategia Sanitaria de Enfermedades Metaxenicas HRGDV 2016



**LEISHMANIASIS POR LUGAR DE INFECCION (LOCALIDAD) HRGDV-2016**

LOCALIDAD DE INFECCION	M	F	FRECUENCIA	%
ALERTA	1	0	1	9,09
HUANCAPAMPA	1	0	1	9,09
IBERIA	1	0	1	9,09
INAMBARI	1	0	1	9,09
LUCHU PAMPA	1	0	1	9,09
MAVILA	1	0	1	9,09
NIANU	1	0	1	9,09
PROGRESO	1	0	1	9,09
PUKIRI	1	0	1	9,09
QUISAPATA	1	0	1	9,09
TAPAYRIHUA	0	1	1	9,09
<b>Total general</b>	<b>10</b>	<b>1</b>	<b>11</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Estrategia Sanitaria de Enfermedades Metaxenicas HRGDV 2016

**A  
S  
I  
S  
2  
0  
1  
6**

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 , zari güeyas 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.

**VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE CASOS DE LEISHMANIASIS POR EL LUGAR DE INFECCION HRGDV 2016**

CLASIFICACION POR EL LUGAR DE ORIGEN	M	F	FRECUENCIA
ANDINA CUTANEA	4	1	5
SELVATICA CUTANEA	4		4
SEVATICA MUCOSA	2	0	2
ANDINA MUCOSA	0	0	0
<b>Total general</b>	<b>10</b>	<b>1</b>	<b>11</b>

Fuente: Estrategia Sanitaria de Enfermedades Metaxenicas HRGDV 2016

**VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE CASOS DE LEISHMANIASIS POR TRATAMIENTO HRGDV 2016**

TRATAMIENTO	M	F	FRECUENCIA
ANFOTERICINA B	2	0	2
ESTIBOGLUCONATO	8	1	9
<b>Total general</b>	<b>10</b>	<b>1</b>	<b>11</b>

Fuente: Estrategia Sanitaria de Enfermedades Metaxénicas HRGDV 2016

Vigilancia epidemiológica de casos notificados de Leishmaniasis en el hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega 2015; de 23 casos notificados el mayor número de pacientes recibe tratamiento de Estibogluconato en (78.26%).

**CASOS DE LEISHMANIASIS Y LOS SINTOMAS GENERALIZADOS HRGDV 2016**

SINTOMAS GENERALIZADOS	M	F	FRECUENCIA
DOLOR DE LESION FIEBRE, PERDIDA DE PESO	1		1
DOLOR EN LA LESION, PRURITO LOCAL, TUPIDES	1		1
DOLOR, PRURITO, PERDIDA DE PESO	1		1
PRURITO LOCAL	6	1	7
TUPIDES NASAL	1		1
<b>Total general</b>	<b>10</b>	<b>1</b>	<b>11</b>

Fuente: Estrategia Sanitaria de Enfermedades Metaxénicas HRGDV 2016

**CASOS DE LEISHMANIASIS CUTANEA POR LOCALIZACION DE LA LESION HRGDV 2016**

LOCALIZACION DE LA LESION	M	F	FRECUENCIA
CABEZA	2		2
CUELLO	1		1
MIEMBRO INFERIOR	5		5
MIEMBRO SUPERIOR	1	1	2
NARIZ, NASAL, PALADAR, UBULA, CUERDAS VOCALES	1		1
<b>Total general</b>	<b>10</b>	<b>1</b>	<b>11</b>

Fuente: Estrategia Sanitaria de Enfermedades Metaxénicas HRGDV 2016

**3.2.7. VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE ENFERMEDADES DE VIH/SIDA**

El VIH/SIDA continúa siendo un importante problema de salud pública a nivel mundial, con una epidemiología actual compleja y dinámica. Se estima que, a finales de 2012, 35.3 millones de personas (32.2 millones-38.8 millones) vivían con el VIH en todo el mundo, de los cuales 32.1 millones eran adultos, 17.7 millones eran mujeres y 3.3 millones eran menores de 15 años. Se estima que, a nivel mundial, el 0.8% de los adultos de edades comprendidas entre los 15 y los 49 años son seropositivos, sin embargo, la morbilidad de la epidemia varía considerablemente entre países y regiones. La región más afectada sigue siendo África subsahariana, con una prevalencia de VIH en adultos de 4.7%, lo que representa el 70.8% de las personas seropositivas de todo el mundo, siendo mujeres el 51.6% de las personas que viven con VIH en esta región. Después de África subsahariana, las regiones más afectadas son el Caribe y Europa oriental - Asia central, donde el año 2012, el 1% y el 0.7% de los adultos respectivamente, vivía con el VIH. En el Perú desde el año 1983 que se identificó el primer caso de SIDA, el Ministerio de Salud ha venido desarrollando

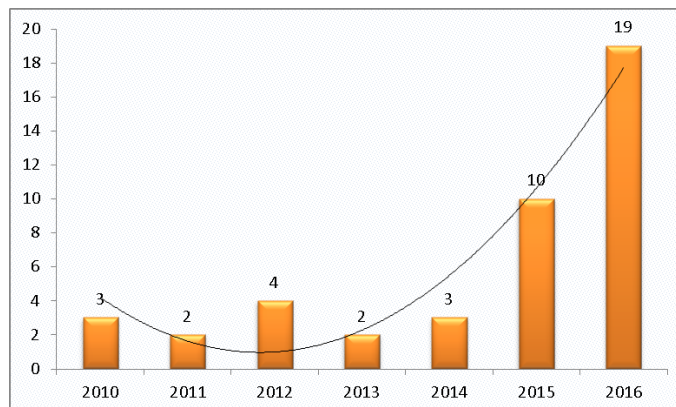
A  
S  
I  
S  
  
2  
0  
1  
6

esfuerzos en mejorar la respuesta frente al VIH y es en el año 1996 se crea el Programa Nacional de Control de ITS y SIDA (PROCETSS) en donde se encontraba el área de Inteligencia Epidemiológica que se encargaba de recibir la Notificación de casos de VIH y SIDA en un formato de manera colectiva. A partir del año 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. En el año 2005, con el Decreto Supremo N°023 - 2005 “Reglamento y Funciones del Ministerio de Salud”, cambia la denominación a Dirección General de Epidemiología y forma parte de los órganos de línea del MINSA. El 25/02/2015 fue aprobada la Norma Técnica de Salud N° 115-MINSA/DGE-V.01.

Desde el inicio de la epidemia del VIH-SIDA (hasta diciembre del 2014), se notificaron 32,594 casos de SIDA y 56,031 infecciones por VIH notificados en 31 años del ingreso de la epidemia del VIH/SIDA en el país.

En referencia a los casos de SIDA, en el año 2014, la principal vía de transmisión es la sexual 97%, madre a hijo 2% y parenteral 1%; esto significa, que las relaciones sexuales no protegidas son la más importante forma de exposición al VIH en el Perú.

**VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE VIH/ITS POR AÑOS DEL 2004 AL 2016**



Fuente: Vigilancia epidemiológica 2016

CASOS DEL 2005 AL 2016	FRECUECIA
FALLECIDO	12
INCIDENCIA	29
PREVALENTE	21
<b>Total general</b>	<b>62</b>

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

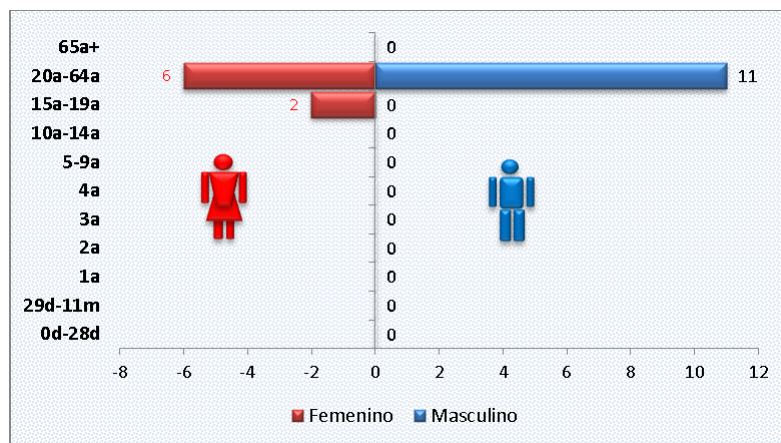
Las ITS y el VIH/SIDA, constituyen un problema de salud pública emergente en la demanda de atención del hospital, del 2004 al año 2015 se notificaron un total de 43 casos de VIH-SIDA; de los cuales se tuvieron 21 casos prevalentes en un (48.84%), seguido de casos nuevos 11 con (25.58%) y 11 fallecidos en (25.58%). Para el último año se incrementaron más casos nuevos.

A  
S  
I  
S  
  
2  
0  
1  
6

VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE VIH POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO DEL AÑO 2016

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	2	10.53	2	10.53
20a-64a	11	57.89	6	31.58	17	89.47
65a+	0	0.00	0	0.00	0	0.00
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>57.89</b>	<b>8</b>	<b>42.11</b>	<b>19</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Vigilancia epidemiológica HRGDV 2016



Fuente: Vigilancia epidemiológica HRGDV 2016

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 49 años y seguido de 15 a 19 años de edad.

VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE VIH POR MESES DEL AÑO 2016

MES	M	F	FRECUENCIA
ENERO	0	1	1
FEBRERO	0	0	0
MARZO	4	1	5
JULIO	2	4	6
AGOSTO	3	0	3
OCTUBRE	0	1	1
JULIO	0	1	1
SETIEMBRE	1	0	1
NOVIEMBRE	1	0	1
DICIEMBRE	0	0	0
<b>Total general</b>	<b>11</b>	<b>8</b>	<b>19</b>

Fuente: Vigilancia epidemiológica HRGDV 2016

VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE VIH POR PROCEDENCIA DEL AÑO 2016

PROCEDENCIA	M	F	FRECUENCIA	%
ABANCAY	6	4	10	52.63
COTARUSE	2	1	3	15.79
COYLLURQUI	2	1	3	15.79
MOLLEBAMBA	0	2	2	10.53
TAMBURCO	1	0	1	5.26
<b>Total general</b>	<b>11</b>	<b>8</b>	<b>19</b>	<b>100.00</b>

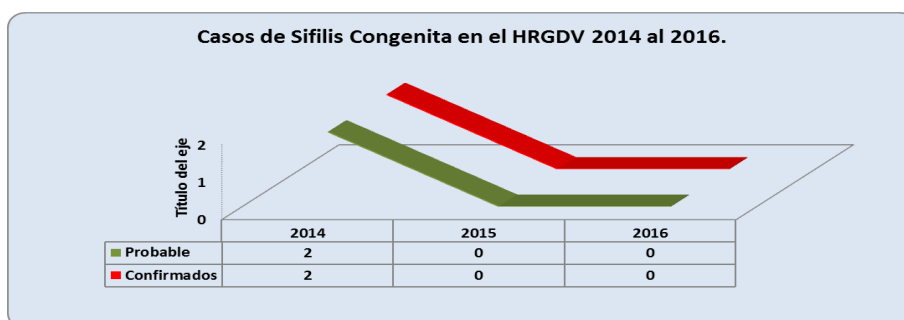
Fuente: Vigilancia epidemiológica HRGDV 2016

VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE VIH POR GRADO DE INSTRUCCION DEL AÑO 2015

GRADO DE INSTRUCCIÓN	M	F	FRECUENCIA	%
PRIMARIA	4	2	6	31.58
SECUNDARIA	4	5	9	47.37
SUPERIOR	2	1	3	15.79
UNIERSITARIA	1	0	1	5.26
<b>Total general</b>	<b>11</b>	<b>8</b>	<b>19</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Vigilancia epidemiológica HRGDV 2016

### Casos de Sífilis Congênita Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega 2014– 2016



Fuente: Vigilancia epidemiológica HRGDV 2016

A  
S  
I  
S  
  
2  
0  
1  
6

### 3.3. DIAGNOSTICO SITUACIONAL DE LAS INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS

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.

En el año 2004 se crea el Comité de Prevención y Control de Infecciones asociadas a la atención de la salud, conformado de acuerdo a la Norma Técnica N° 020-MINSA/DGSP-V.01 de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias desde entonces ya fue institucionalizado.

El Comité de Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, de la mano con la responsable de la Vigilancia Epidemiológica, actualmente realizan la Vigilancia activa - selectiva – focalizada y oportuna, por factores de riesgo; el cual es un proceso continuo y sistemático de recolección activa, análisis, interpretación y difusión de datos relacionados con la frecuencia y distribución (tasa de incidencia y densidad de incidencia) de los procesos infecciosos adquiridos en el hospital y sus factores determinantes que permiten la intervención inmediata a través de planes o acciones de mejora continua de corto, mediano y largo plazo así mismo la emisión de alerta verde amarilla y roja.

La información que se genera del sistema de vigilancia epidemiológica es estándar de acuerdo a la normativa vigente, esta información contribuye con la disminución de la morbi-mortalidad relacionada a las Infecciones asociadas a la atención de la salud, de ahí que se muestran los siguientes gráficos de eventos sujetos a vigilancia:

En el año 2016, se notificó 03 casos de infección asociada a la atención de salud: En el mes de marzo, se notificó 01 caso de infección de torrente sanguíneo asociado a catéter venoso central en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal, con una densidad de incidencia de 125/1000 días de



exposición (**Alerta Roja**); en el mes de agosto se notificó 01 caso de endometritis asociado a parto vaginal en el servicio de Obstetricia (Puerperio), con una tasa de incidencia de 1.25% y en el mes de octubre se notificó 01 caso de infección de herida operatoria asociado a hernio plastia en el servicio de Cirugía, con una tasa de incidencia de 1.39% (**Alerta Roja**). Todos los casos, fueron analizados oportunamente en la reunión del Comité de Prevención y Control de IAAS, pero no se llegó a investigar.

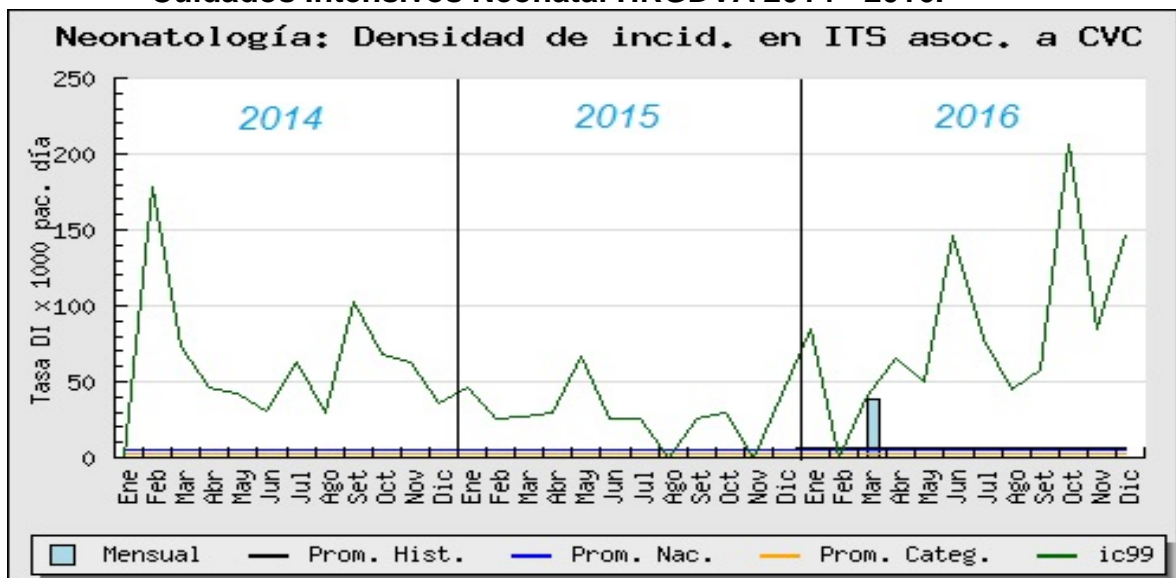
### 3.3.1. VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE LAS INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS

#### DIAGNOSTICO SITUACIONAL DE LAS INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCION DE SALUD HRGDV 2014 -2016.

**Número y Porcentaje de infecciones asociadas a la atención de salud por tipo de infección y Servicios HRGDV 2014 al 2016**

AÑO	SERVICIO DE NEONATOLOGIA						UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS						GINECO-OBSTETRICIA						MEDICINA		CIRUGIA						TOTAL DE IAAS	TOTAL DE EGRESOS HOSPITALARIOS	% DE IAAS
	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 hemiorrafia				
	Nº de casos	Dens. Inc. ITS	Nº de casos	Dens. Inc. ITS	Nº de Neum.	Dens. Inc. Neum.	Nº de casos de ITS	Dens. Inc. ITS	Nº de casos	Dens. Inc. ITSU	Nº de casos	Dens. Inc. Neum.	Nº de casos	Tasa Endom.	Nº de casos	Tasa Endom.	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			
2014	0	0.00	0	0.00	2	9.71	0	0.00	0	0.00	3	5.1	0	0.00	1	0.16	1	0.16	1	1.18	0	0.00	0	0.00	0	0.00	8	6102	0.13
2015	0	0.00	0	0	0	0.00	0	0.00	0	0.00	2	3.16	0	0.00	1	0.13	4	0.5	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	7	6785	0.1
2016	1	9.09	0	0	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	0.11	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	1.25	3	7165	0.04

#### Densidad de Incidencia Acumulada de Infección de Torrente Sanguíneo asociado a Catéter Venoso Central en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal HRGDVA 2014 - 2016.

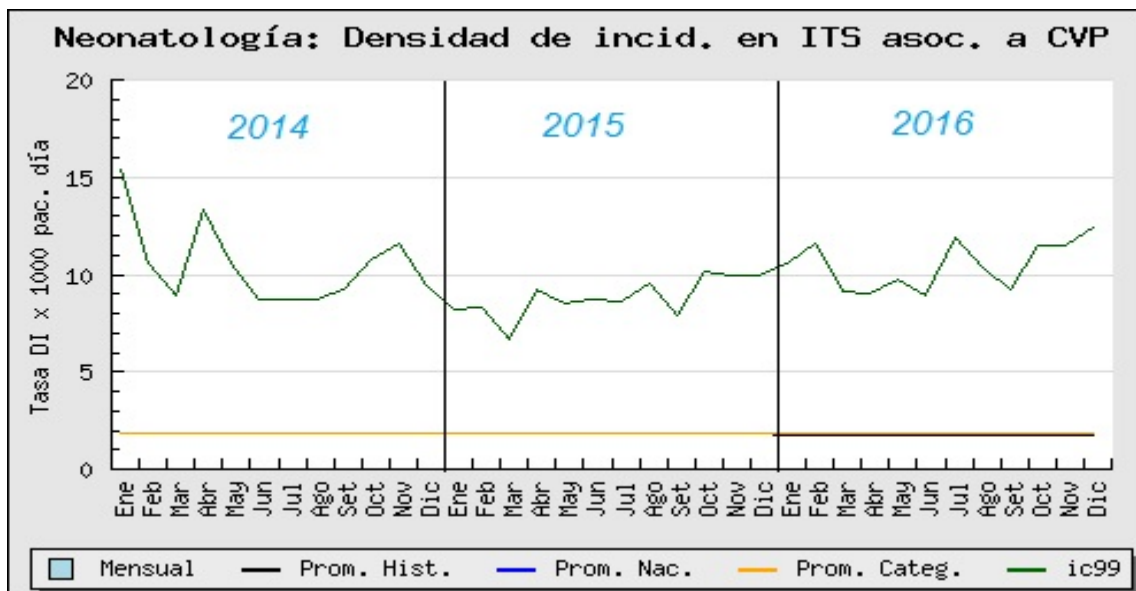


Fuente: Unidad de Epidemiología

En el gráfico se observa, que en el año 2014 y 2015, no se notificó ningún caso de infección; en el mes de marzo del año 2016, se notificó 01 caso de infección de torrente sanguíneo (ITS) asociado a catéter venoso central (CVC), en un neonato prematuro (menor de 1500 gramos), teniendo una densidad de incidencia acumulada de 9.1/1000 días de exposición, densidad por encima del promedio nacional (4.90/1000) y por encima del nivel categoría (4.52/1000); dicho caso fue considerado como un brote epidemiológico.

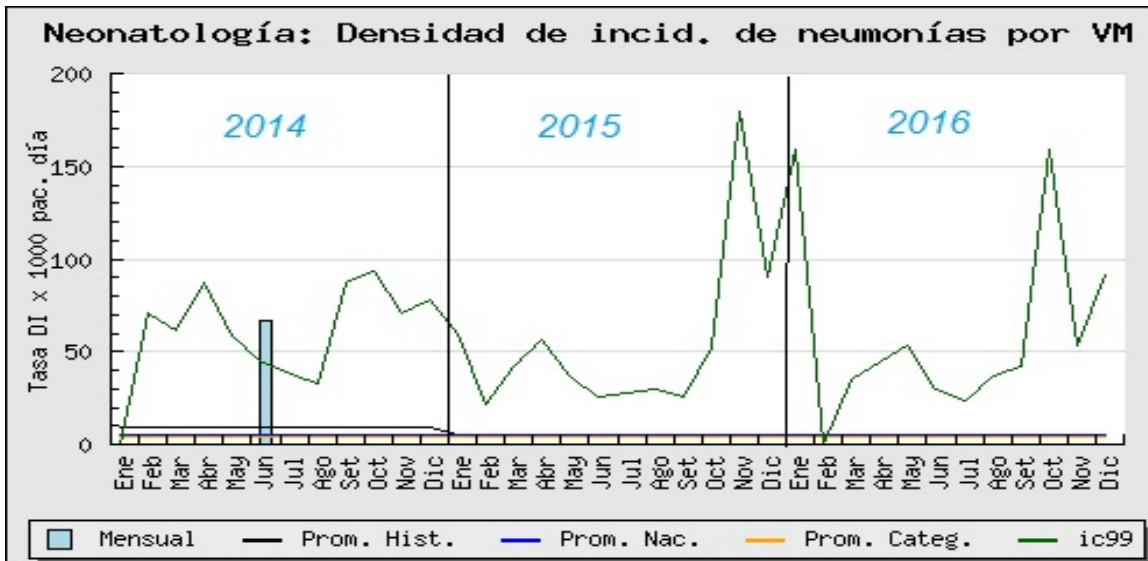
A  
S  
I  
S  
2  
0  
1  
6

**Densidad de Incidencia Acumulada de Infección de Torrente Sanguíneo asociado a catéter Venoso periférico en el Servicio de Neonatología del HRGDVA- 2014 al 2016.**



Fuente: Unidad de Epidemiología

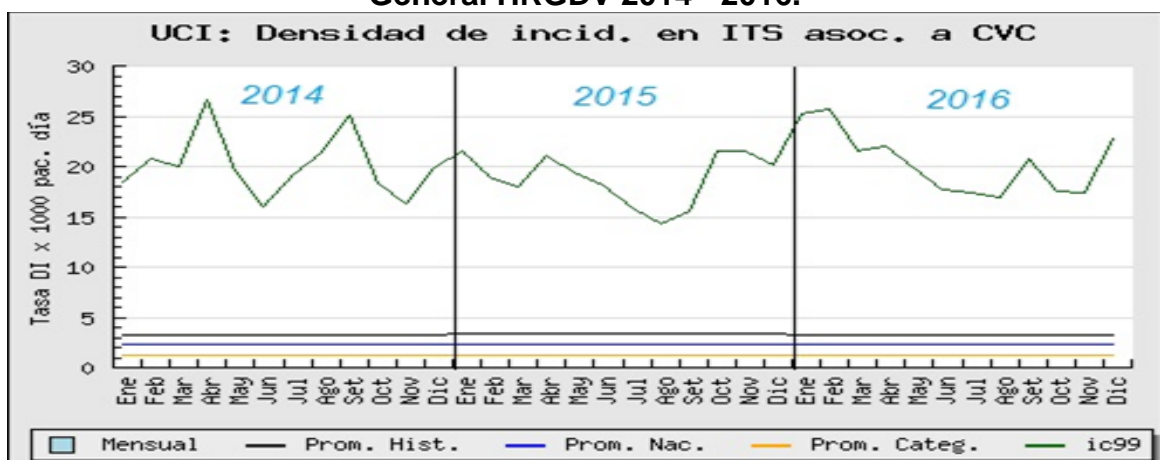
**Densidad de Incidencia Acumulada de Neumonías asociada al uso De Ventilador mecánico en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal HRGDVA 2014 - 2016.**



Fuente: Unidad de Epidemiología

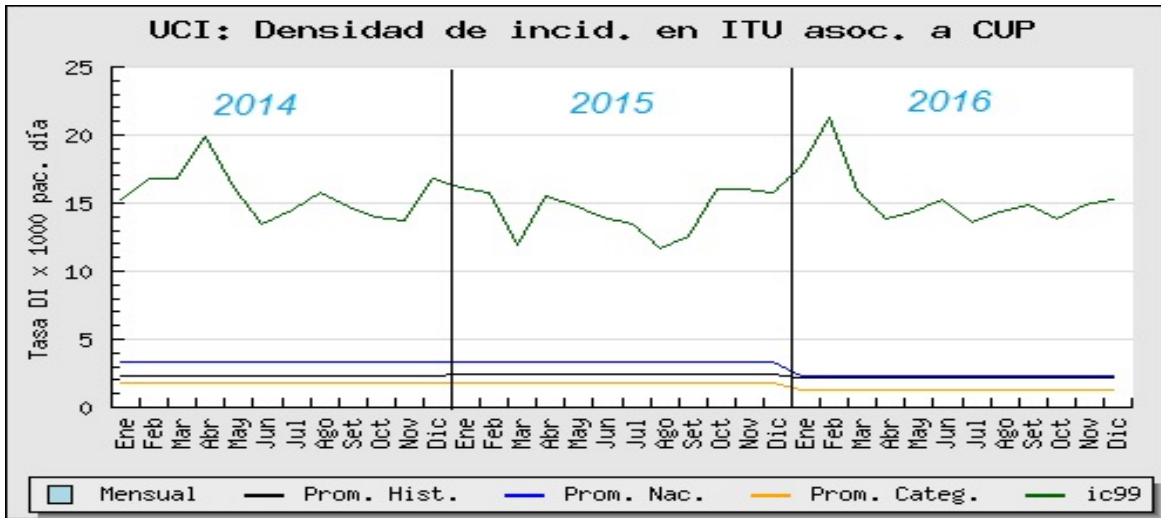
En el gráfico se observa que, en el mes de junio del año 2014, se notificó 02 casos de neumonía asociada al uso de ventilador mecánico: 01 caso en un neonato menor de 1500 gr. Y el otro caso un neonato de 1500 – 2500 gr. Teniendo una densidad de incidencia acumulada de 9/1000 días de exposición, por encima del promedio nacional (5.25/1000) y del nivel de categoría (4.94/1000), el caso fue considerado como brote epidemiológico; en el año 2015 y 2016 no se notificó ningún caso de IAAS.

**Densidad de Incidencia Acumulada de Infección de Torrente Sanguíneo asociado a Catéter Venoso Central en la Unidad de Cuidados Intensivos General HRGDV 2014 - 2016.**



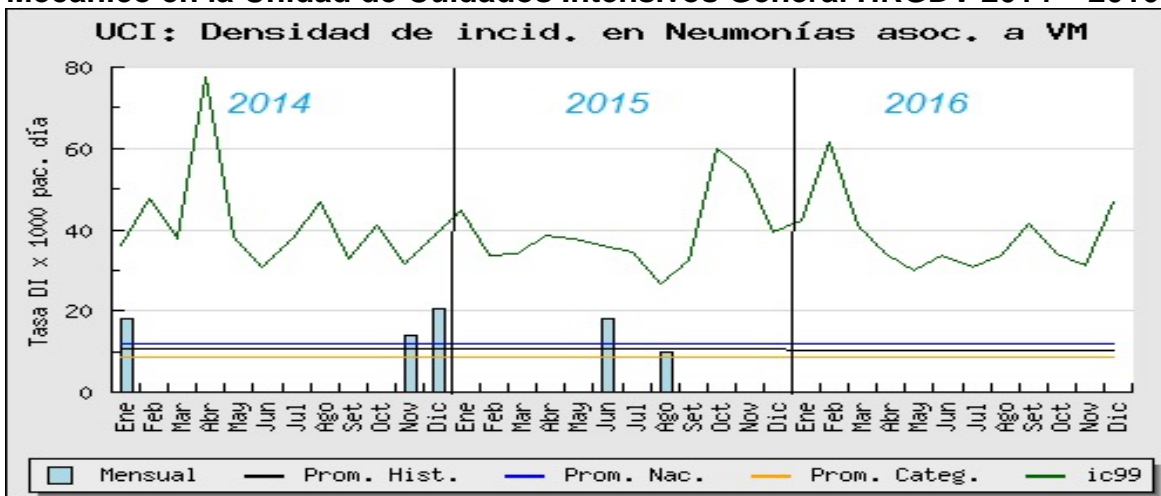
Fuente: Unidad de Epidemiología

**Densidad de Incidencia Acumulada de Infección de Tracto Urinario asociado a Catéter Urinario Permanente en la Unidad de Cuidados Intensivos General HRGDV 2014 - 2016.**



Fuente: Unidad de Epidemiología

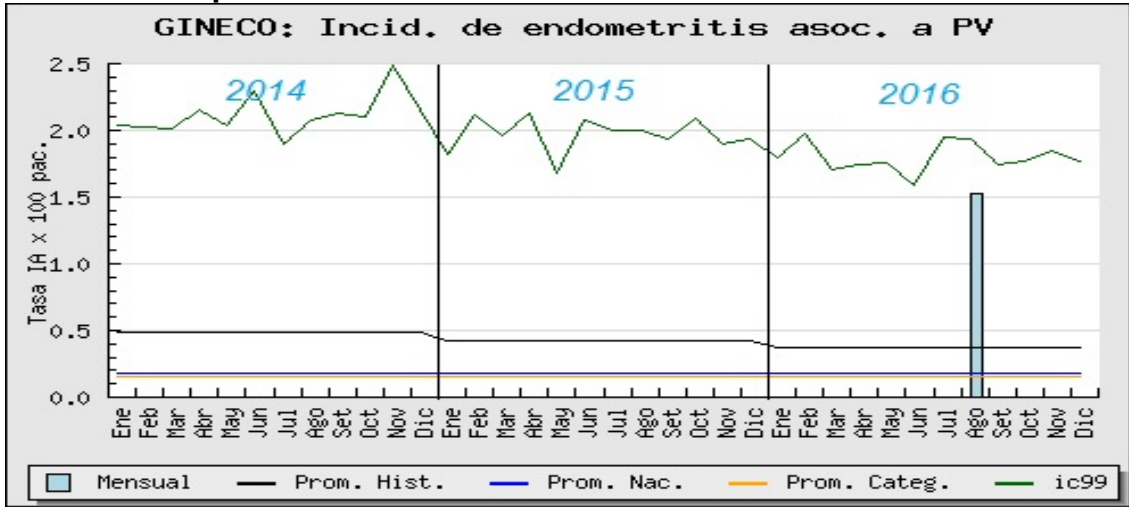
**Densidad de Incidencia Acumulada de Neumonía asociado a Ventilador Mecánico en la Unidad de Cuidados Intensivos General HRGDV 2014 – 2016**



Fuente: Unidad de Epidemiología

En el gráfico se observa que, en el 2014 se notificó 03 casos de neumonía asociado a ventilador mecánico, con una densidad de incidencia acumulada de 5.10/1000 días de exposición, en el año 2015 se notificó 02 casos de neumonía asociado a ventilador mecánico, con una densidad de incidencia acumulada de 3.10/1000 días de exposición; en ambos años la densidad de incidencia acumulada fue inferior al promedio nacional (11.46/1000) y nivel de categoría (8.18/1000) y en el año 2016 no se notificó ningún caso.

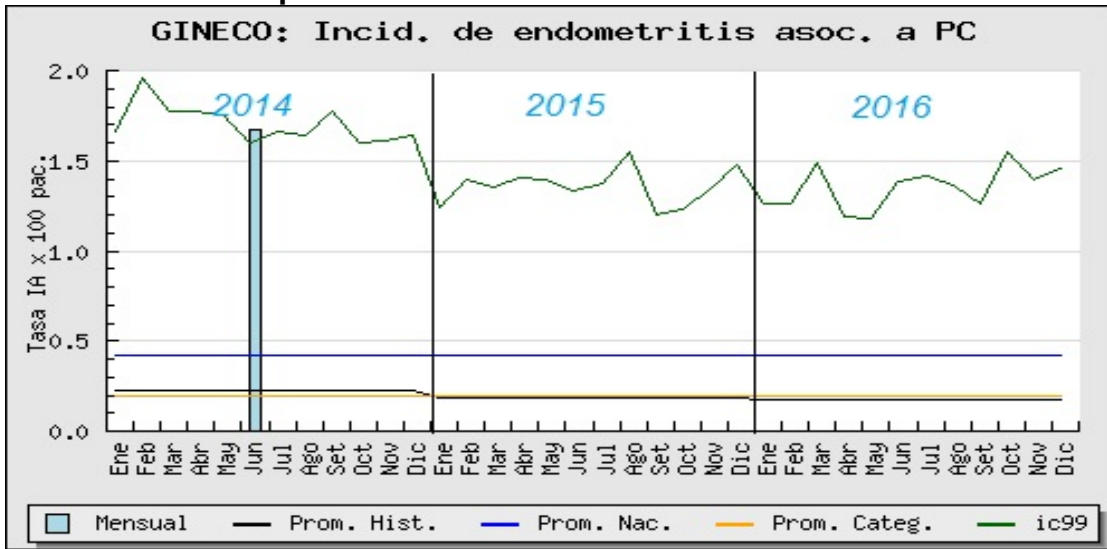
**Tasa de incidencia Acumulada der Endometritis asociado a parto vaginal en Departamento de Gineco-Obstetricia HRGDV 2014 - 2016.**



Fuente: Unidad de Epidemiología.

En el gráfico se observa que en el año 2014 y 2015 no se notificó ningún caso de endometritis; en el mes de agosto del año 2016, se notificó 01 caso de endometritis asociado a parto vaginal en el servicio de Obstetricia (puerperio) con una tasa de incidencia acumulada de 0.11%, debajo del promedio nacional (0.23%) y del nivel de categoría (0.18%).

**Tasa de incidencia Acumulada de Endometritis asociado a parto por Cesárea en Departamento de Gineco-Obstetricia HRGDV 2014 - 2016.**

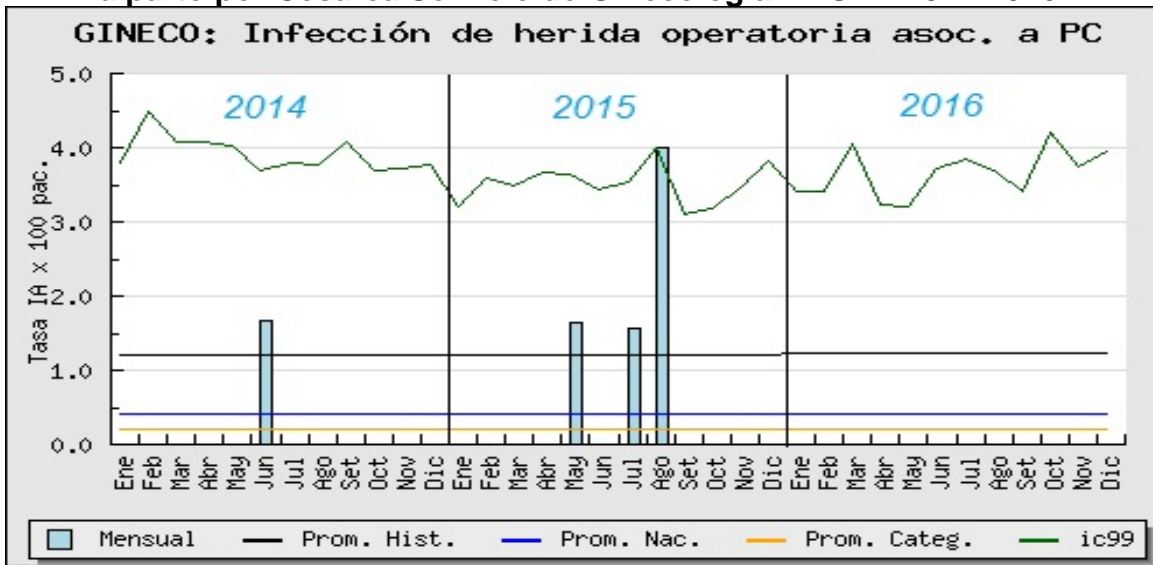


Fuente: Unidad de Epidemiología.

En el gráfico se observa que, en el año 2014, se notificó 01 caso de endometritis asociado a parto por cesárea, con una tasa de incidencia de 0.16% debajo del promedio nacional (0.49%) y del nivel de categoría (0.23%), no se realizó cultivo de secreción; en el año 2015 y 2016 no se notificaron casos.



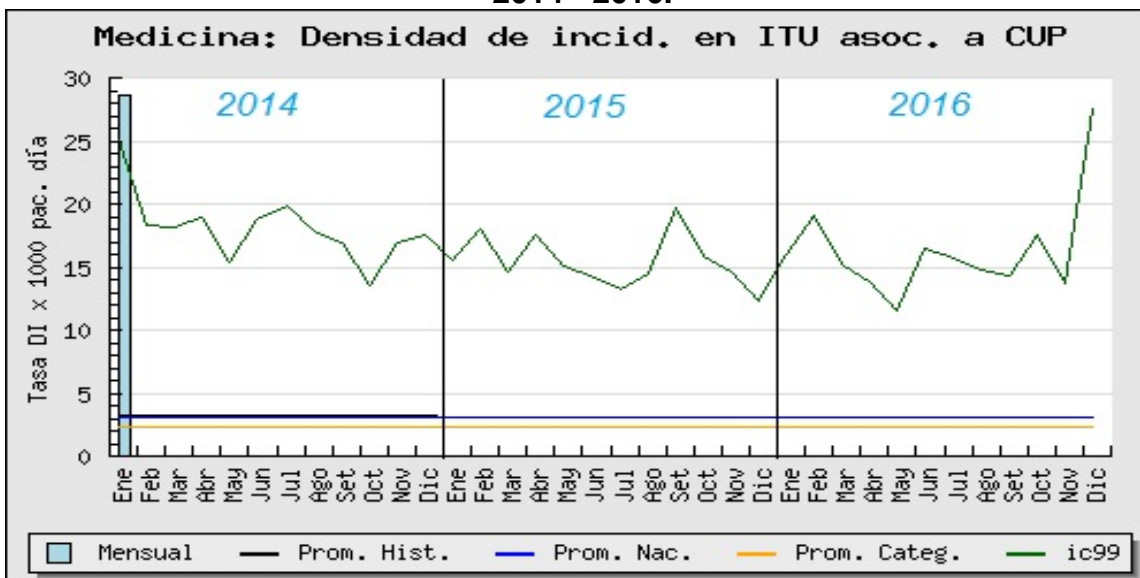
**Tasa de incidencia acumulada de Infección de Herida Operatoria asociado a parto por Cesárea Servicio de Ginecología HRGDV 2014-2016.**



Fuente: Unidad de Epidemiología.

En el gráfico se observa que en el año 2014, se notificó 01 caso de infección de herida operatoria asociado a parto por cesárea en el servicio de Ginecología, con una tasa de incidencia acumulada de 0.16%; en el año 2015 se notificó 04 casos de infección de herida operatoria asociado a parto por cesárea, con una tasa de incidencia acumulada de 0.50% por debajo del promedio nacional (1.20%) y del nivel de categoría (1.03%); en el año 2016 no se notificó ningún caso.

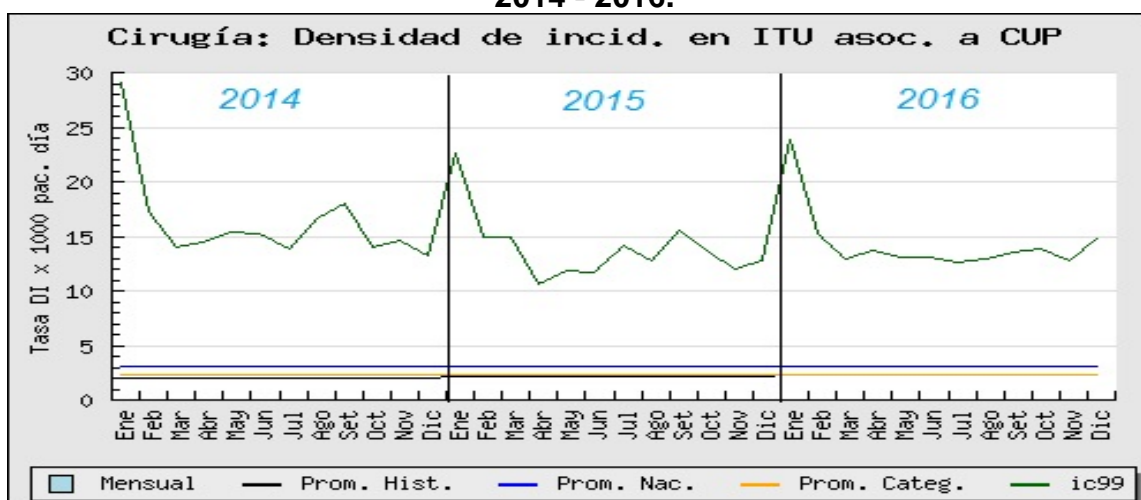
**Densidad de Incidencia Acumulada de Infección de Tracto Urinario asociado a Catéter Urinario Permanente en el Servicio de Medicina HRGDV 2014 - 2016.**



Fuente: Unidad de Epidemiología.

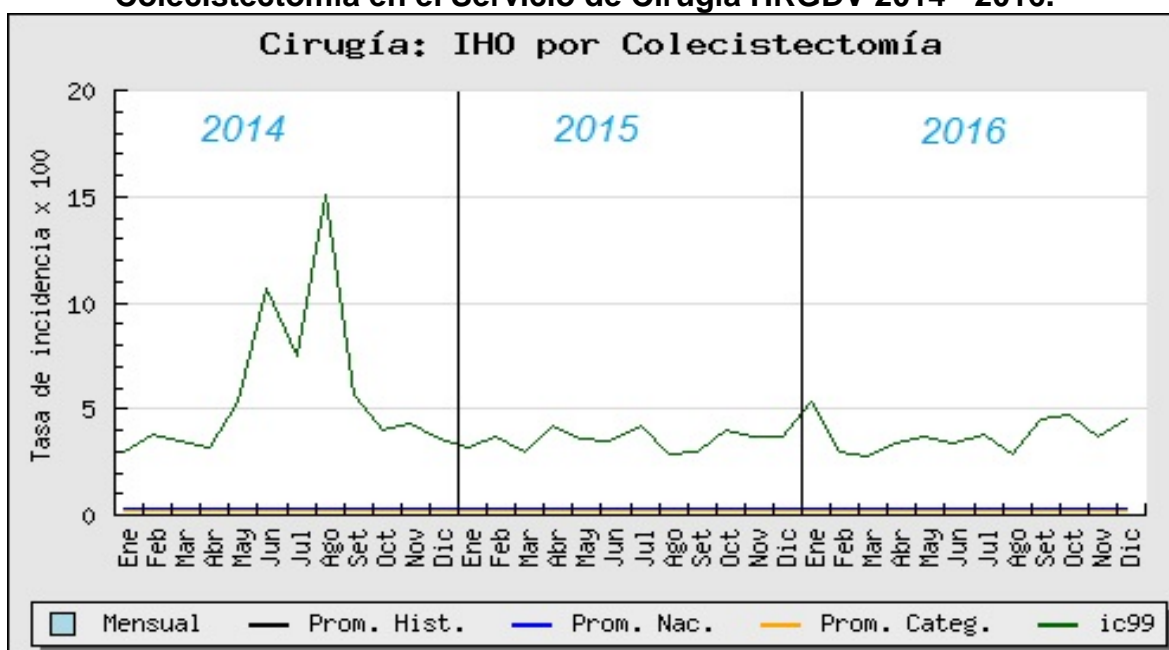
En el gráfico se observa que en el mes de enero del 2014 se notificó 01 caso de infección de tracto urinario, con una densidad de incidencia 1.18/1000 días de exposición; en el año 2015 y 2016 no se notificó ningún caso.

**Densidad de Incidencia Acumulada de Infección de Tracto Urinario asociado a Catéter Urinario Permanente en el Servicio de Cirugía HRGDV 2014 - 2016.**



Fuente: Unidad de Epidemiología.

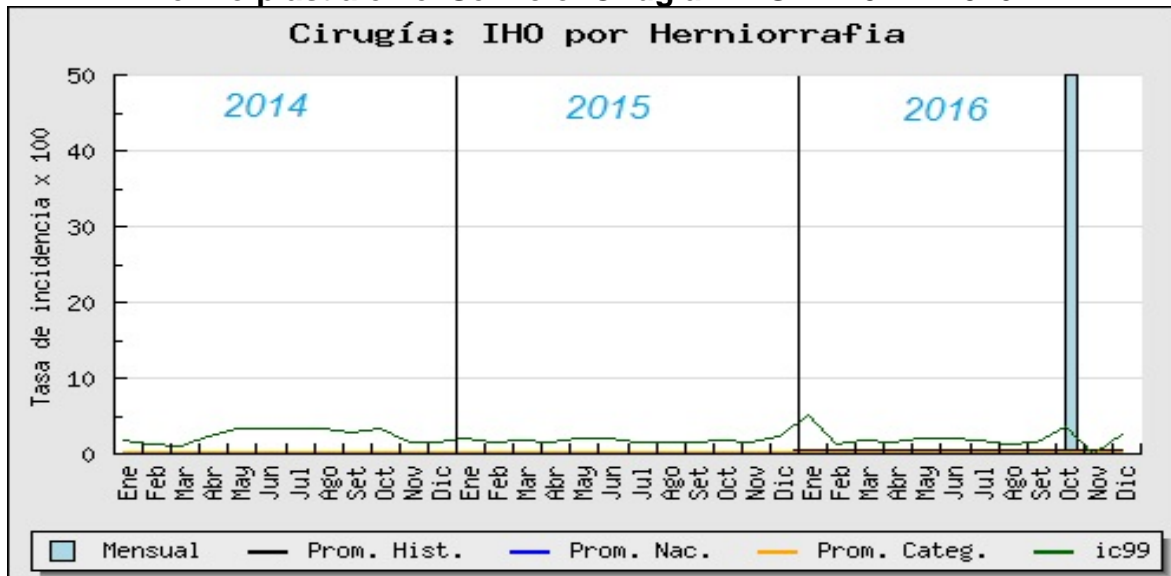
**Tasa de incidencia acumulada de Infección de Herida Operatoria por Colectomía en el Servicio de Cirugía HRGDV 2014 - 2016.**



Fuente: Unidad de Epidemiología.



Tasa de incidencia acumulada de Infección de Herida Operatoria por Hernio plastia en el Servicio Cirugía HRGDV 2014 - 2016.



A  
S  
I  
S  
  
2  
0  
1  
6

Fuente: Unidad de Epidemiología.

En el grafico se observa que en el año 2014 y 2015 no se notifico ningun caso de infección; en el mes de octubre del año 2016, se notifico 01 caso de infección de herida operatoria por hernioplastia en el servicio de Cirugía, con una tasa de incidencia acumulada de 1.25% por encima del promedio nacional (0.36%) y nivel de categoria (0.41%). Dicho caso se considero como brote epidemiológico.

**INFORME DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE LAS INFECCIONES  
 ASOCIADAS A LA ATENCION DE SALUD HRGDV - 2016**

MES	SERVICIO DE NEONATOLOGIA						UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS						GINECO-OBSTETRICIA				MEDICINA		CIRUGIA							
	Infección de Torrente sanguíneo asociado a Cateter venoso Central		Infección de Torrente sanguíneo asociado a Cateter venoso Periférico		Neumonía asociado a Ventilación Mecánica		Infección de Torrente sanguíneo asociado a cateter venoso central		Infección del tracto urinario asociado a cateter urinario permanente		Neumonía asociado a Ventilación Mecánica		Endometritis asociado a parto Vaginal		Endometritis asociado a parto por cesarea		Infección de herida operatoria asociado a parto por cesarea		Infección del tracto urinario asociado a cateter urinario permanente		Infección del tracto urinario asociado a cateter urinario permanente		Infección de herida operatoria asociado a colecistectomía		Infección de herida operatoria asociado a herniorrafia	
	Nº de casos	Dens. Inc. ITS	Nº de casos	Dens. Inc. ITS	Nº de Neum.	Dens. Inc. Neum.	Nº de casos de ITS	Dens. Inc. ITS	Nº de casos	Dens. Inc. ITU	Nº de casos	Dens. Inc. Neum.	Nº de casos	Tasa Endom.	Nº de casos	Tasa Endom.	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	1	125	0	0	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	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	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	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	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	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	125	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Setiembre	0	0.00	0	0	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Octubre	0	0.00	0	0	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	1.39	0	0.00
Noviembre	0	0.00	0	0	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Diciembre	0	0.00	0	0	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00

FUENTE: Unidad de Epidemiología.

**A  
S  
I  
S  
  
2  
0  
1  
6**

**VIGILANCIA DE ACCIDENTES CON MATERIALES PUNZOCORTANTES EN  
 LOS DIFERENTES SERVICIOS DEL HRGDV 2016**

**TABLA Nº 01: Accidente punzocortante según sexo y grupo etareo HRGDV-  
 2016**

GRUPO ETAREO	SEXO				TOTAL
	FEMENINO		MASCULINO		
	Nº	%	Nº	%	
18-28	1	14.3	0	0	1
29 - 38	2	28.6	1	50	3
39 - 48	1	14.3	0	0	1
49 - 58	3	42.9	1	50	4
59 a mas.	0	0.0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>	<b>100.0</b>	<b>2</b>	<b>100</b>	<b>9</b>

Fuente: Unidad de Epidemiología.

En el año 2016 se notificaron 9 casos de accidentes punzocortantes, en los trabajadores del HRGDV: 04 casos se notifico en e grupo etareo de 49-58 años con un porcentaje del 57.1%; 07 casos en el sexo femenino con un porcentaje del 77.8%.

**TABLA N° 02: Accidente punzocortante según ocupación HRGDV enero a diciembre 2016**

PERSONAL	Nº	%
Enfermera	4	44.4
Tecnico de Enfermería	4	44.4
Personal de limpieza	1	11.2
<b>TOTAL</b>	<b>9</b>	<b>100</b>

Fuente: Unidad de Epidemiología.

En el año 2016 de los 9 casos notificados de accidentes punzocortantes, el 44.4% se produjo en Enfermeras, 44.4% en técnicos de enfermería y el 11.2% en el personal de limpieza.

**Reporte de Casos de Tuberculosis en el Personal de Salud del HRGDV  
 Enero - Diciembre 2016**

Nº	FECHA	EDAD	SEXO	PROFESION U OCUPACION	CONDICION (*)	SERVICIO DONDE LABORA	TBC MDR	
							SI	NO
<b>NO SE REPORTO CASOS</b>								

Fuente: Unidad de Epidemiología.

**MEDIDAS DE PREVENCION Y CONTROL ADOPTADAS:**

- Reuniones extraordinarias del Comité para determinar los factores de riesgo.
- Elaboración de alertas epidemiológicas.
- Seguimiento y Monitoreo de los procedimientos invasivos relacionados a los casos.
- Refrescamiento in situ de las medidas preventivas a todo el personal.
- Seguimiento constante al abastecimiento oportuno de insumos y medicamentos.
- Coordinaciones constantes con la Dirección General y la unidad de Patología Clínica para la toma de muestras.

- Elaboración de informes de Brote epidemiológico (Inicial, Intermedio y Final).
- Coordinación constante con los Comités (Farmacológico, uso racional de antimicrobianos, uso racional de antisépticos y desinfectantes)

### **CONCLUSIONES:**

1. La Vigilancia es activa (diaria), Selectiva (Procedimientos invasivos) y Focalizada (Servicios Priorizados); de acuerdo a la N.T N° 026 MINSA/OGE. En la vigilancia se identifican todos los casos sospechosos de infecciones asociadas a la atención de salud.
2. Mensualmente se emite informes de la vigilancia epidemiológica de IAAS en los plazos establecidos (primera semana del mes) y se ingresa los datos al aplicativo de infecciones.
3. El Comité de Prevención y Control de IAAS, está conformado de acuerdo a la norma y mensualmente se lleva a cabo 2 reuniones (primer jueves Comité ejecutivo y tercer jueves Comité ampliado); en casos fortuitos se convoca a reunión extraordinaria.
4. Todos los casos sospechosos son analizados en la reunión del Comité Ejecutivo para luego ser confirmados o descartados. Cuando el caso se confirma, se solicita al jefe del servicio involucrado la presentación de caso y el plan de mejora.
5. En el año 2016 de los 9 casos sospechosos de IAAS, se confirmaron 03 casos: En la unidad de cuidados intensivos neonatal (UCIN), 01 caso de infección de torrente sanguíneo asociado a catéter venoso central; en el servicio de Gineco Obstetricia, 01 caso de endometritis asociado a parto vaginal y en el servicio de Cirugía, 01 caso de infección de herida operatoria post hernioplastia. Solo se procesó 01 muestra en la UCIN (hemocultivo) positivo a staphylococcus s.p.
6. La Densidad de incidencia acumulada de infección de torrente sanguíneo asociado a catéter venoso central fue de 9.1/1000 días de exposición, densidad por encima del promedio nacional (4.90/1000) y por encima del nivel categoría (4.52/1000); dicho caso fue considerado como **brote epidemiológico**.
7. La tasa de Incidencia acumulada de endometritis asociado a parto vaginal fue de 0.11%, debajo del promedio nacional (0.23%) y del nivel de categoría (0.18%).
8. La tasa de incidencia acumulada de infección de herida operatoria asociado a hernioplastia fue de 1.25% por encima del promedio nacional

(0.36%) y nivel de categoría (0.41%); dicho caso se considero como **brote epidemiológico**.

9. La Unidad de Salud Ocupacional realiza la vigilancia, seguimiento y evaluación de todos los accidentes punzocortantes en el HRGDV.

#### **RECOMENDACIONES:**

1. Apoyo de la Gestión en las actividades de Vigilancia, Prevención y control de las infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS).
2. Implementación de guías y protocolos de atención.
3. Análisis de la situación del potencial humano en el cumplimiento de los procesos de atención.
4. Empoderamiento de las actividades de prevención y control de los integrantes del Comité ejecutivo y ampliado.
5. Participación activa de todo el personal en la Vigilancia epidemiológica de las infecciones asociadas a la atención de salud.
6. Dotación oportuna y sostenible de insumos y medicamentos en los servicios, Unidades y áreas del HRGDV.
7. Mejorar la capacidad de respuesta del laboratorio para el procesamiento de cultivos y realizar la investigación de brotes epidemiológicos.
8. Los jefes deben socializar los informes emitidos de la vigilancia epidemiológica de IAAS y elaborar los planes de mejora si lo amerita.
9. Supervisión, monitoreo y evaluación constante a todos los estudiantes del HRGDV.
10. Las historias clínicas son la principal fuente de información para la vigilancia, las cuales deben consignar los datos imprescindibles.

### 3.4. VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE MORTALIDAD MATERNA PERINATAL

#### MORTALIDAD MATERNA

#### RAZON DE MORTALIDAD MATERNA HRGDV 2000 - 2016



Fuente: OESASO - HRGDV

El presente gráfico 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 resolutoria de nuestro Hospital, el incremento de especialistas médicos, profesionales de la salud con especialidades en emergencias obstétricas, alto riesgo obstétrico, en cuidados intensivos, etc. Sumándole a esto el Funcionamiento de la unidad de cuidados intensivos, 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 esta estrategia y sobre todo 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.

#### DISTRIBUCION DE LAS MUERTES SEGÚN TIEMPO DE ESTANCIA 2007 -2016

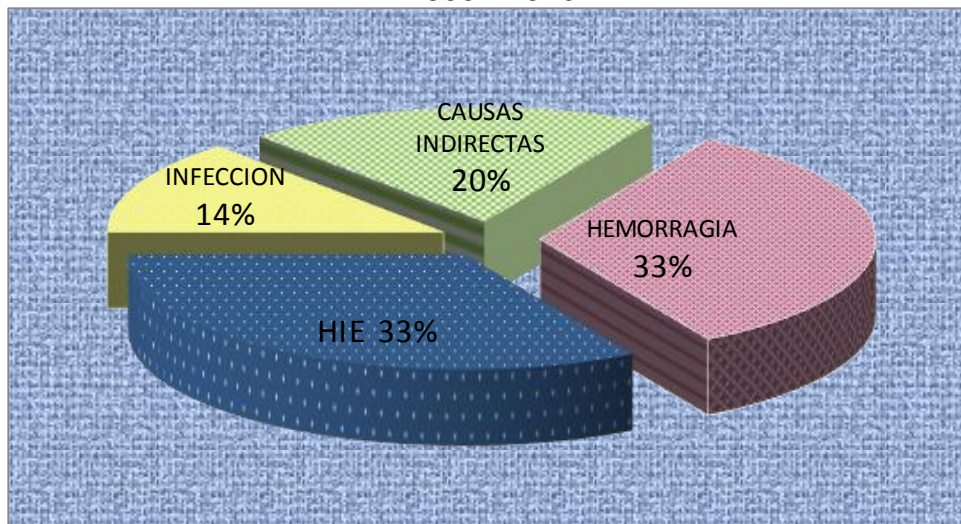
AÑO	< 48 HORAS	> 48 HORAS	TOTAL
2007	5 hrs. 20 min		1
2008	13 hrs. 30 min		1
2009	9 hrs. 30 min		1
2010			
2011			
2012	4 hrs.		1
2013			
2014			
2015		2 días 4 hrs.	1
2016			
<b>TOTAL</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>5</b>

Fuente: OESASO - HRGDV

En la presente tabla se observa la distribución de muertes según tiempo de estancia 2007 – 2016 donde el 80% de fallecimientos en el HRGDV tuvieron una

estancia hospitalaria menor a 48 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 - 2016**



Fuente: OESASO – HRGDV

En un análisis retrospectivo de las causas de Mortalidad Materna según causas de fallecimiento desde el año 2000 – 2016, 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.

Para el año 2015 se notificó un caso de muerte materna de causa directa, causa básica: aborto retenido asociado a shock séptico, adolescente, soltera, ocupación cobradora de transporte urbano, sin control prenatal, procedente de Abancay, con una estancia hospitalaria 2 días y 4 horas, el cual tuvo una investigación y auditoría exhaustiva por el Comité de Prevención de Mortalidad Materna Perinatal y el Comité de Auditoría de caso con las respectivas recomendaciones y/o acciones de mejora.

A  
S  
I  
S  
  
2  
0  
1  
6



**Causas de Mortalidad Materna  
 Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega 2000 – 2016.**

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
<b>SUBTOTAL</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>15</b>
<b>TOTAL</b>	<b>5</b>			<b>5</b>		<b>2</b>	<b>3</b>			<b>15</b>

Fuente: Unidad de Epidemiología y ESSSR/SMP 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 Region 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) EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS HRGDV 2011 –2016.**

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:

**A  
S  
I  
S  
2  
0  
1  
6**

- 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 trimestre 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 EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS HRGDV 2011 –2016**

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total	%
Shock Hipovolémico Hemorrágico	5	1	3	1	0	3	13	23
Sub total								
Embarazo Ectópico	2	1	1				4	
Atonía Uterina	1	0	1	1			3	
Retención de placenta	1						1	
Acretismo Placentario			1			1	2	
Rotura Uterina						1	1	
perforación uterina post aborto							0	
Rotura Hepática	1					1	2	
<b>Complicación HIE Sub total</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>8</b>	<b>5</b>	<b>25</b>	<b>44</b>
Síndrome de Hellp		2	3	4	1	3	13	
Eclampsia		1	1			1	3	
Preeclampsia Severa			1		7	1	9	
Sepsis	0	0	0	2	2	5	9	16
Shock Séptico de foco intrauterino/ Pélvico				2			2	
Shock Séptico post Aborto					2	2	4	
Sepsis post Aborto						2	2	
Sepsis foco Urinario						1	1	
<b>Causas no Obstétricas Sub total</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>10</b>	<b>18</b>
Síndrome convulsivo	1					1	2	
cardiopatía mitral		1					1	
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	
<b>TOTAL</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>57</b>	<b>100</b>

Fuente: Registros UCI.

En las tablas presentadas se muestran los casos de Morbilidad Materna Extrema en la Unidad de Cuidados Intensivos del HRGDV los años 2011 al 2016 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 44% de los casos hospitalizados en la UCI, en este último año se muestra un incremento de los casos **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;

teniendo en cuenta que el 99% de casos son referidos por el primer nivel de atención.

**MORBILIDAD MATERNA EXTREMA SEGÚN LUGAR DE PROCEDENCIA  
 2011 – 2016**

**A  
S  
I  
S  
2  
0  
1  
6**

Procedencia de pacientes Obstétricas que ingresaron a la UCI	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total
<b>RED Abancay</b>	3	5	5	3	8	8	32
C.S Pueblo Joven	1		2		1	2	6
P.S Patibamba Baja		1	1		2		4
C.S Bellavista		1	1		1		3
C.S Metropolitano		1			1	1	3
Tamburco		1		1		1	3
Huanipaca	1	1				1	3
C. S Curahuasi						2	2
Huancarama				1		1	2
P.S Bacas					1		1
P.S San Martín					1		1
Cachora				1			1
Utaparo (Lambrama)			1				1
Casinchihua	1						1
Paccaypata					1		1
<b>RED de Grau</b>	2	1	1	3	2	0	9
Chuquibambilla				1	1		2
Curpahuasi	1			1			2
Casancca (Grau)			1				1
Progreso		1					1
Piyay (HELLP+ Rotura uterina)	1						1
Campanayoc (Grau)				1			1
Totora Oropesa					1		1
<b>RED de Antabamba</b>	0	0	1	0	0		1
Pachaconas (Antabamba)			1				1
<b>RED de Aymaraes</b>	1	0	0	3	1	3	8
Chalhuanca	1				1	1	3
Cayhuachahua				1			1
Lucre				1			1
Yananca /Tumiri				1			1
P.S Chapimarca						1	1
Santa Rosa/ Tiaparo						1	1
<b>Andahuaylas</b>	0	0	0	0	1	2	3
Hospital Andahuaylas						1	1
Talavera (Andahuaylas)					1		1
San Jerónimo (Andahuaylas)						1	1
<b>Otros</b>	0	0	2	0	1	1	4
Mollepata (Cusco)			1				1
Otros			1				1
Pto Maldonado					1		1
PNP Sanidad						1	1
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>57</b>

Fuente: OESASO

En el presente cuadro muestra que 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 teniendo en cuenta que 40% fueron inadecuadas (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 – 2016.-**

A  
S  
I  
S  
  
2  
0  
1  
6

INDICADOR	FORMULA	2011	2012	2013	2014	2015	2016
<b>Razón de MME (prevalencia)</b> evalúa el aporte de la MME en la atención de la gestante (meta < 8 x 1000 NV)	$\frac{\text{Nº de casos de MME} \times 1000}{\text{Total NV}}$	4,5	3,8	5,7	5,8	7,1	8,1
<b>Índice de mortalidad</b> (letalidad en las mujeres con MME- calidad de atención) (Meta < 4%)	$\frac{\text{Nº de MM} \times 100}{\text{Nº MM} + \text{Nº MME}}$	0,0	14,3	0,0	0,0	7,7	0,0
<b>Relación MME/MM</b> (letalidad - Calidad de atención) (Meta >35)	$\frac{\text{Nº MME}}{\text{Nº MM}}$	0	6,0	0	0	12	0
<b>Índice de Mortalidad Perinatal en MME</b> (Impacto, letalidad perinatal en MME, calidad de atención y oportunidad de respuesta para reducir muertes perinatales)	$\frac{\text{Nº Muertes Perinatales en MME} \times 100}{\text{Nº MME}}$	33	17	0	44	8	7
<b>Relación Criterios /caso</b> (severidad) (Meta: < 5)	$\frac{\text{Nº Total de C.I.}}{\text{Nº MME}}$						3
<b>Índice de Prematuridad en MME</b>	$\frac{\text{Nº NV. Prematuros en MME} \times 100}{\text{Nº MME}}$			22	56	38	29

Fuente: OESASO- HRGDV

**Razón de Morbilidad Materna Extrema (MME).**

Indica la prevalencia de MME, Para el año 2016 la razón es 8.1 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 2016 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 2016 no se tiene registrado muertes maternas. La meta propuesta fue >35 casos de MME por cada paciente fallecida.

**Índice de Mortalidad Perinatal en MME.** El porcentaje acumulado final del año 2016 de muertes perinatales en pacientes con MME es de 7%, sin embargo, se tiene el 29% de RN prematuros, y 23% 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 2016 se tiene 29% de prematuros en pacientes con MME.

## Aborto un Problema Mundial

A  
S  
I  
S  
2  
0  
1  
6



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.

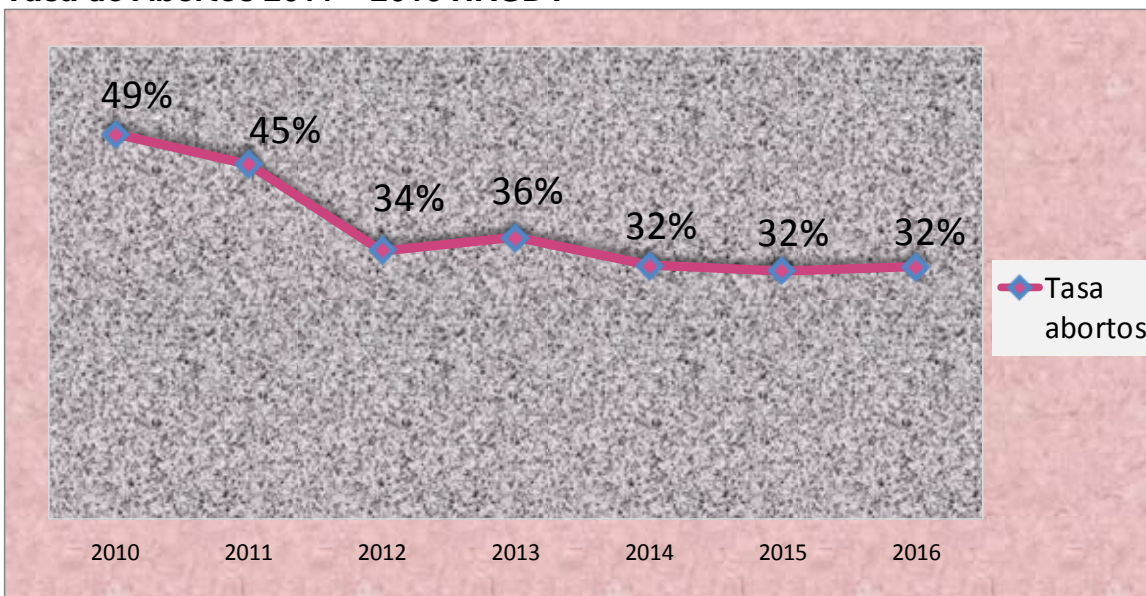
Se estima que en 2010–2014, una cuarta parte de todos los embarazos a nivel mundial terminaron en abortos. El porcentaje disminuyó en las regiones desarrolladas de 39% en 1990–1994 a 28% en 2010–2014. En contraste, cambió muy poco en los países en desarrollo: de 21% a 24% en el mismo espacio de tiempo. 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 – 2016 HRGDV**



Fuente: OESASO - HRGDV

ABORTO	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Total de Abortos	596	531	565	499	534	551
Tasa abortos	45	34	36	32	32	32
Abortos Complicados	5	7	7	6	6	10

Fuente: OESASO - 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 3 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 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.

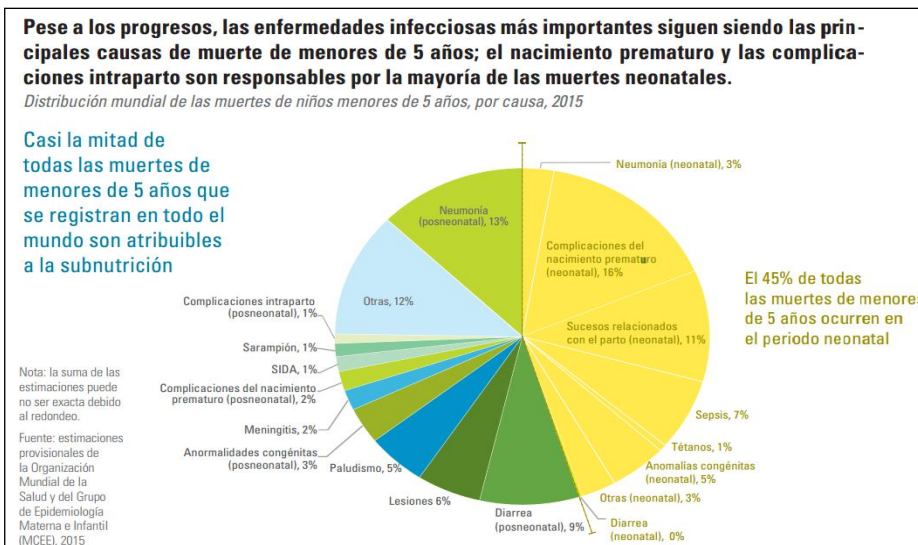
En Asia Oriental, América Latina y el Caribe y el norte de África han reducido la tasa de mortalidad de niños menores de cinco años en dos tercios o más y ha logrado el objetivo fijado mientras que en Oceanía los resultados han sido poco alentadores.

**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.-**



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.-**

A  
S  
I  
S  
2  
0  
1  
6

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.

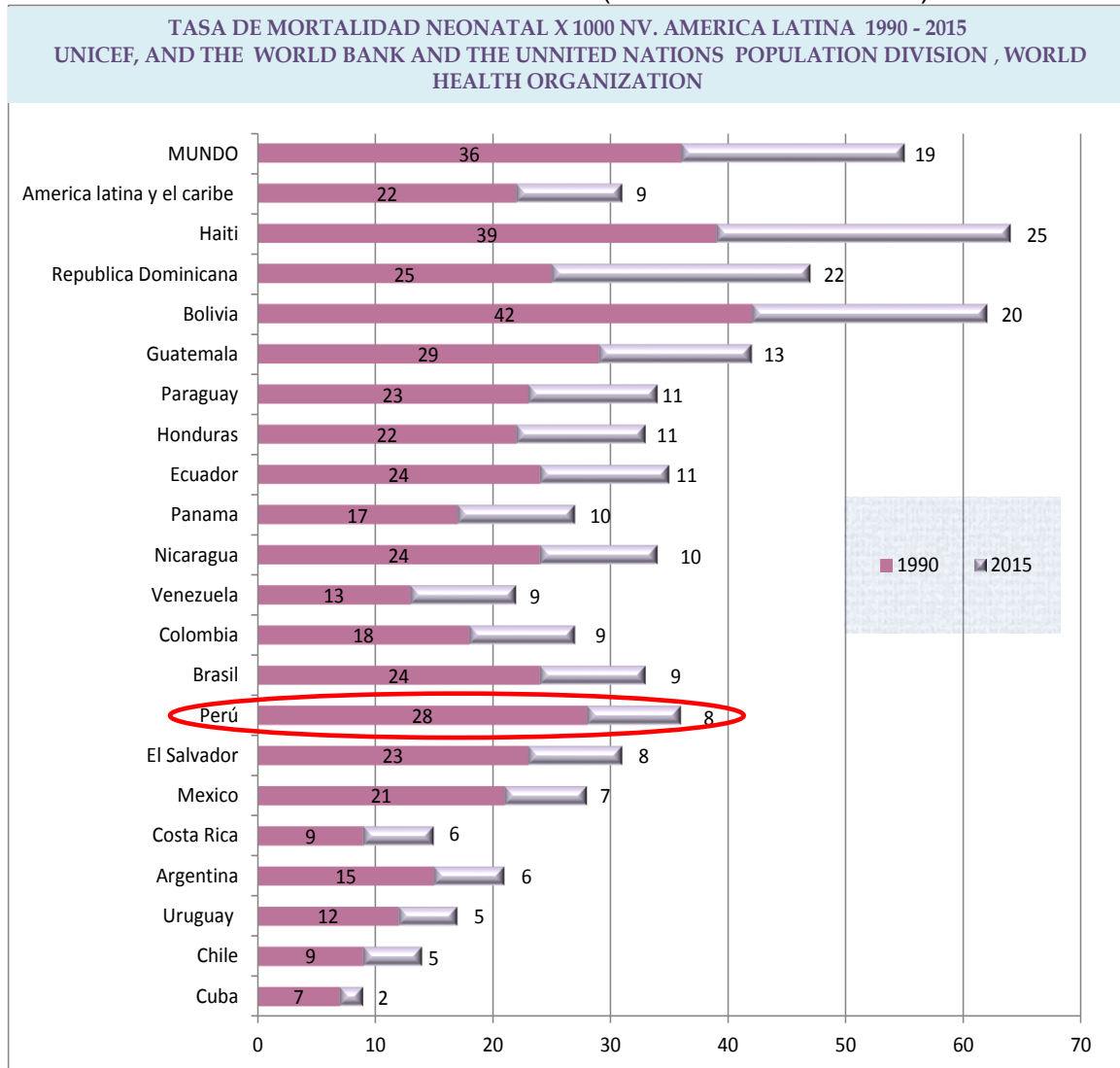
En el informe sobre niveles y tendencias de la mortalidad infantil 1990 - 2015 publicado por la ONU, hace referencia a la reducción de la mortalidad infantil que es el cuarto objetivo de desarrollo del milenio de las Naciones Unidas, y una de las prioridades del Perú que logro cumplir la meta en el año 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%).



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.

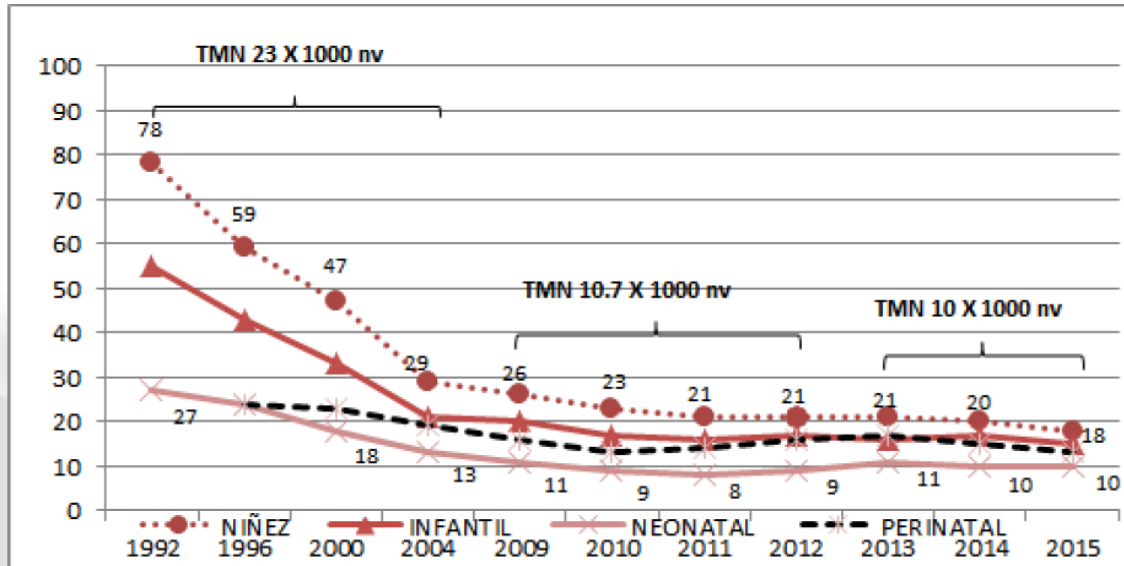
En relación a la mortalidad neonatal en América Latina como se puede apreciar en el presente cuadro, el Perú ha tenido mejoras importantes en relación al año 1990 una reducción de 71% al año 2015.

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.

**EVOLUCION DE LA TASA DE MORTALIDAD NEONATAL, INFANTIL Y NIÑEZ. PERU. – ENDES 1992 - 2015**

A  
S  
I  
S  
  
2  
0  
1  
6



Fuente: ENDES 2015  
 Elaborado por Centro Nacional de Epidemiología, prevención y Control de enfermedades – MINSA

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

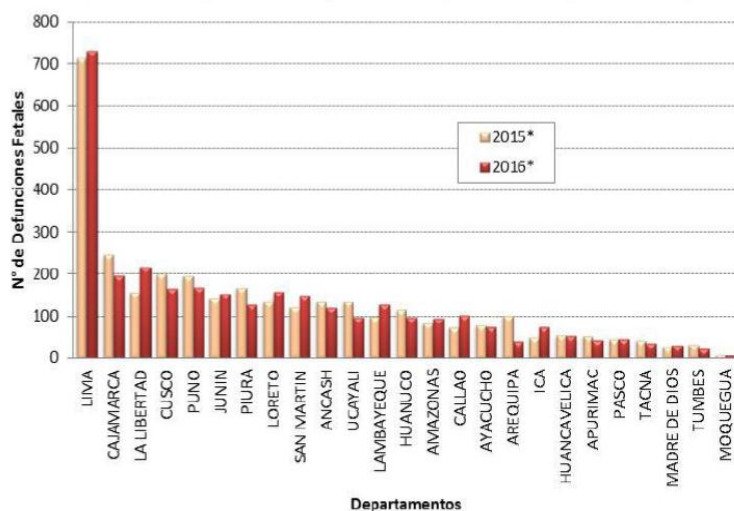
por mil nacidos vivos, con énfasis en las poblaciones de mayor vulnerabilidad, en el periodo 2016-2021.

**Muertes neonatales según departamentos de procedencia Perú años 2011 - 2015**



**Casos de muerte Neonatal por departamento Perú, 2015\*-2016\***

DEPARTAMENTOS	2015*	2016*
LIMA	714	732
CAJAMARCA	249	196
LA LIBERTAD	159	217
CUSCO	203	164
PUNO	199	168
JUNIN	145	153
PIURA	171	126
LORETO	137	157
SAN MARTIN	124	147
ANCASH	138	120
UCAYALI	136	97
LAMBAYEQUE	102	126
HUANUCO	118	97
AMAZONAS	86	93
CALLAO	77	101
AYACUCHO	81	74
AREQUIPA	104	39
ICA	53	74
HUANCAVELICA	57	52
APURIMAC	56	43
PASCO	49	45
TACNA	46	35
MADRE DE DIOS	30	30
TUMBES	36	21
MOQUEGUA	9	6
<b>Total general</b>	<b>3279</b>	<b>3113</b>



FUENTE : Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades - MINSA  
 (\*) Hasta la SE 52 del 2016

Fuente: DGE

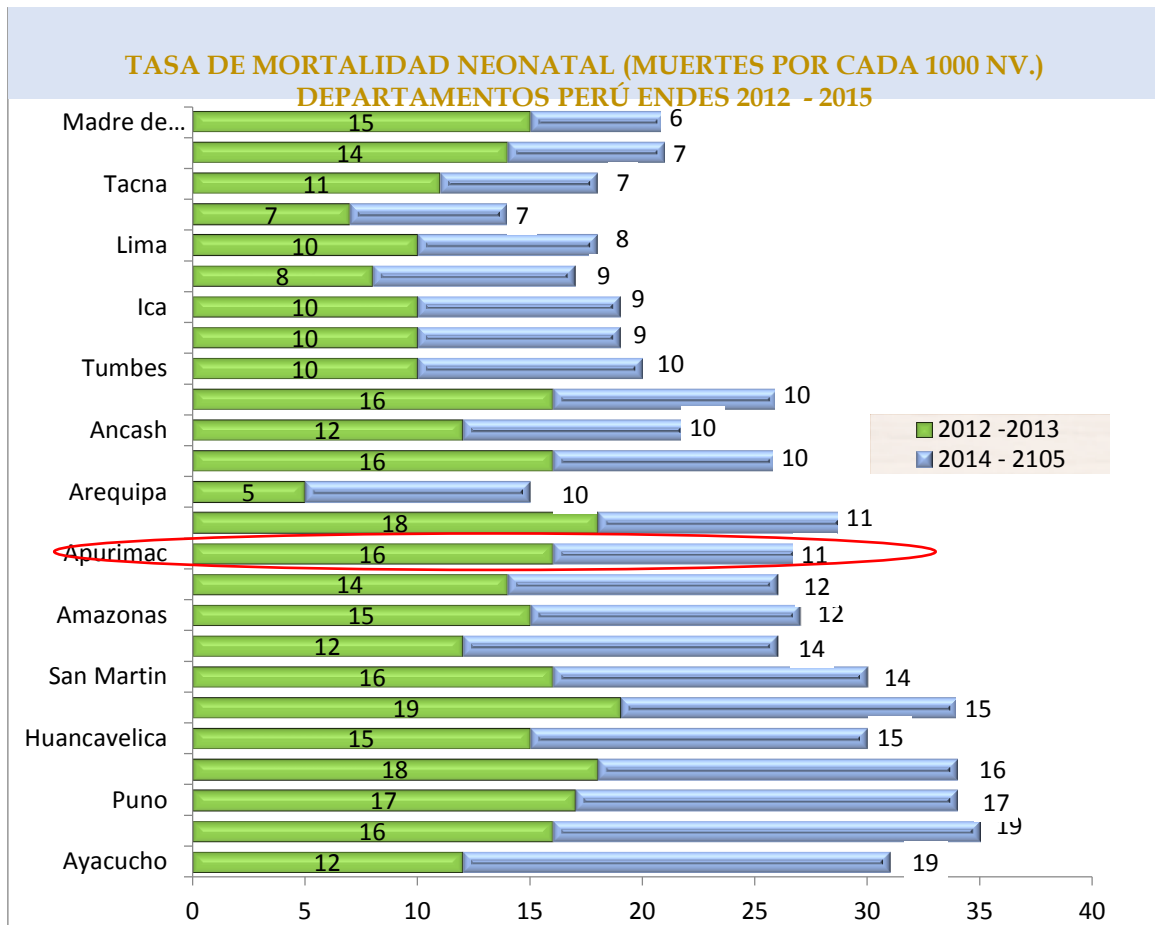
En relación a la mortalidad neonatal en el Perú de acuerdo a la dirección general de epidemiología estima que en el Perú en el año 2016 habrían ocurrido 3113 defunciones neonatales, y los departamentos donde apreciamos el mayor número de muertes neonatales ocurre en Lima, La Libertad, Cajamarca, Cusco, Puno, Loreto, Junín. El menor número absoluto de muertes ocurre en Moquegua, Tumbes y Tacna.

A  
S  
I  
S  
  
2  
0  
1  
6



Tasa de Mortalidad Neonatal según departamentos de procedencia Perú – INEI (ENDES) años 2012 -2015

A  
S  
I  
S  
  
2  
0  
1  
6

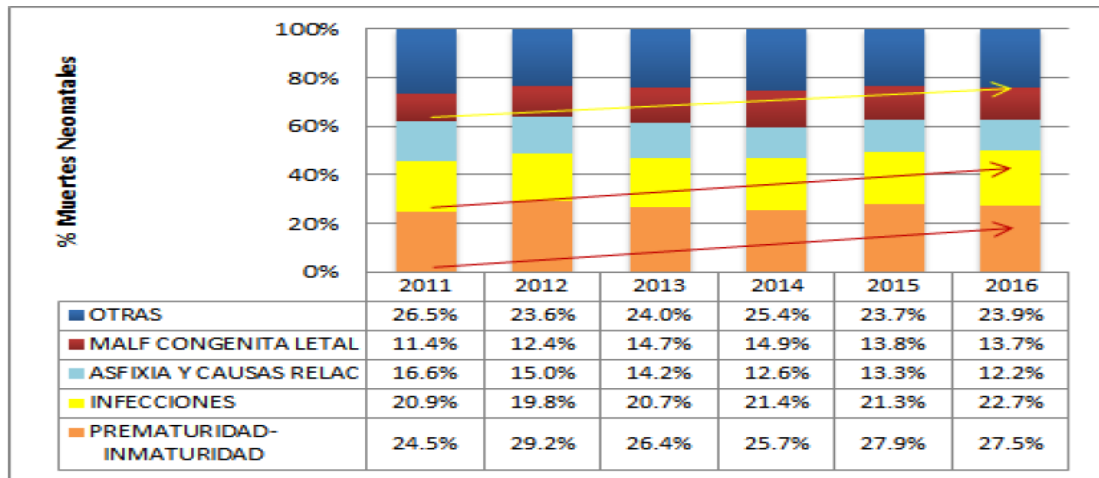


Fuente: Elaboración propia en base al documento: Perú indicadores de resultados de los programas estratégicos, ENDES 2009 - 2015

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%.



**Defunciones neonatales según causas de muerte. Perú 2011 - 2016**

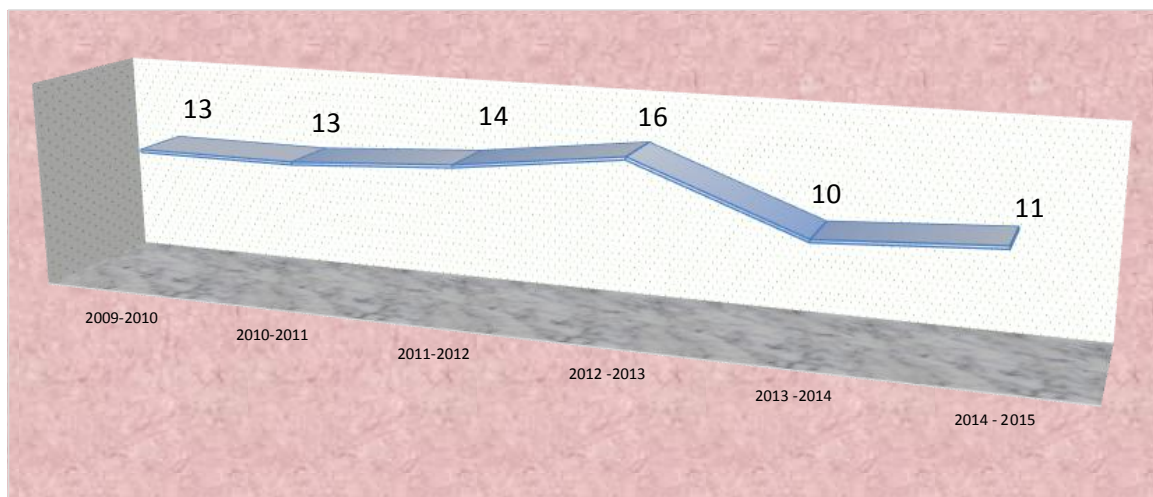


Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – MINSA

Fuente: DGE

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%.

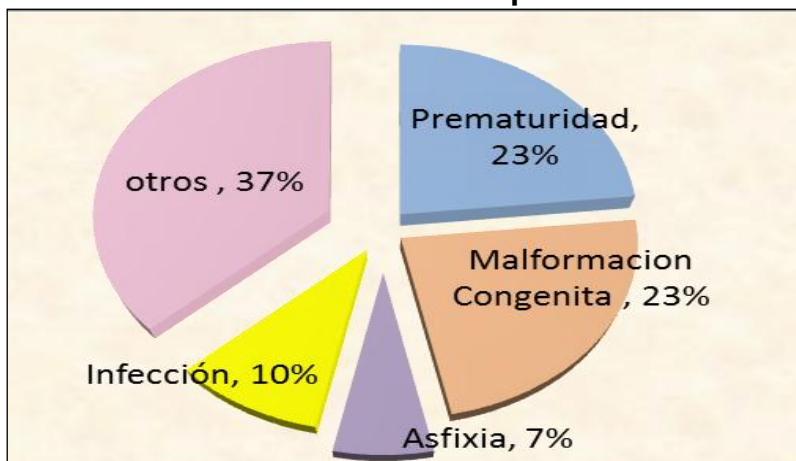
**Tasa de Mortalidad Neonatal en Apurímac Según Encuesta Demográfica Familiar Endes/ INEI 2009 – 2015**



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 2014



Fuente: Subsistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica Perinatal y Neonatal – DGE. Elaborado con estimaciones del estudio Mortalidad Neonatal en el Perú y sus departamentos, 2011 -2012, DGE. 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:

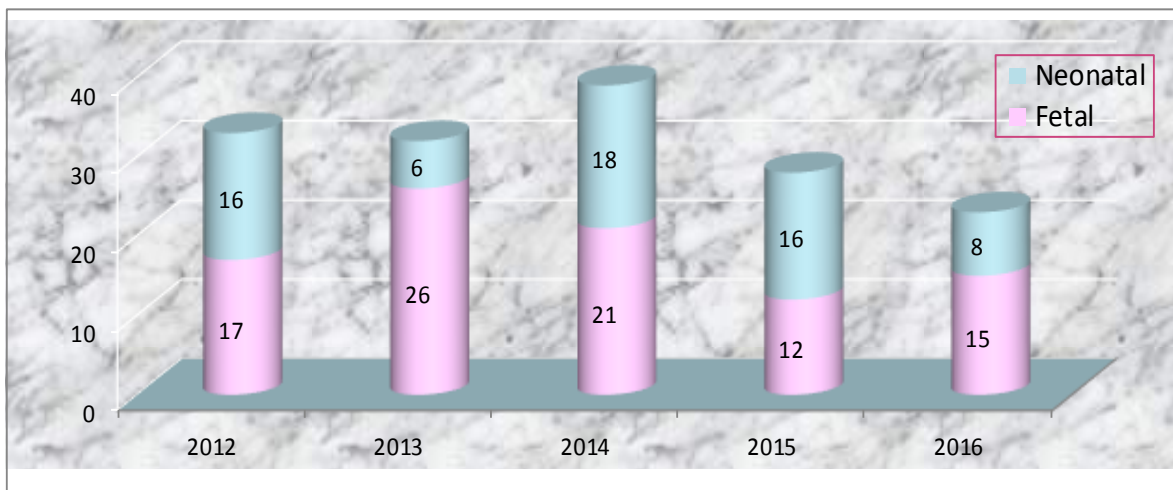
- Debilidad de la rectoría en regiones, poca calidad y eficacia del presupuesto en aquellas regiones donde no se reduce la mortalidad neonatal, débiles competencias técnicas del personal de salud, dificultades en el traslado oportuno de las y los recién nacidos con complicaciones a los establecimientos 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 resolutoria 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 2012 – 2016**



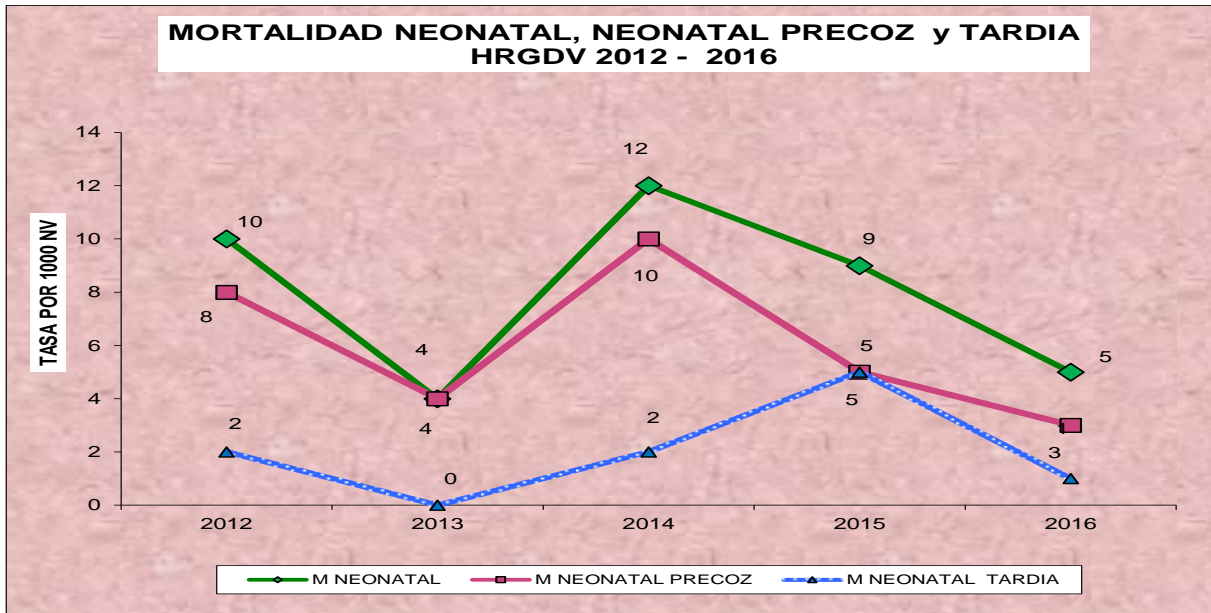
Fuente: OESASO – HRGDV

En estos últimos 5 años la proporción que existe en cuanto a mortalidad fetal (91 casos) 59% y neonatal (64 casos) 41% respectivamente.

Sin embargo, el último año la mayor proporción de muertes se producen en el periodo fetal I (15 casos) 65% y en el periodo neonatal (8 casos) 35%.

**MORTALIDAD NEONATAL**

**A  
S  
I  
S  
2  
0  
1  
6**



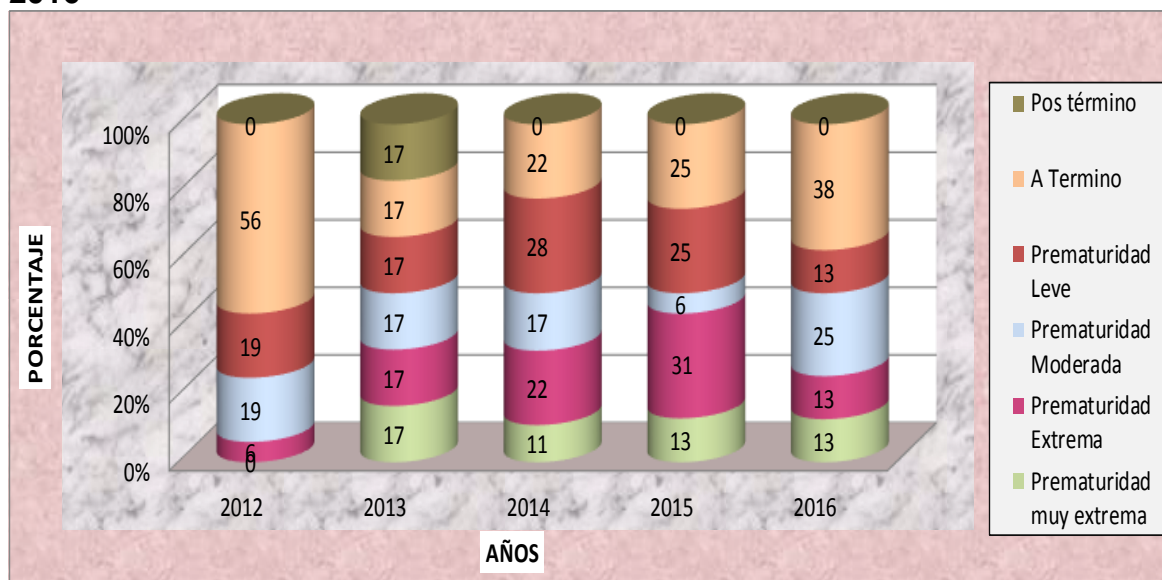
FUENTE: OESASO – HRGDV.

CLASIFICACION / AÑO	2012		2013		2014		2015		2016	
	Nº	TASA X 1000 NV	Nº	TASA X 1000 NV	Nº	TASA X 1000 NV	Nº	TASA X 1000 NV	Nº	TASA X 1001 NV
MORTALIDAD NEONATAL	16	10	6	4	18	12	16	9	8	5
M. NEONATAL PRECOZ	13	8	6	4	15	10	8	5	6	3
M. NEONATAL TARDIA	3	2	0	0	3	2	8	5	2	1

FUENTE: OESASO – HRGDV

En relación a la Mortalidad Neonatal, la tendencia es variable. En el año 2016 se observa una disminución en relación al 2015. En el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega nacieron un total de 1728 recién nacidos vivos, falleciendo 8 neonatos; donde la Tasa de Mortalidad Neonatal es 5 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 2012 – 2016**



**A  
S  
I  
S  
  
2  
0  
1  
6**

FUENTE: OESASO -HRGDV.

E.G./ AÑO	2012		2013		2014		2015		2016		2012-2016		Malform. Congénita 2012 - 2016
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Prematuridad muy extrema	0	0	1	17	1	13	2	13	1	13	5	9	0
Prematuridad Extrema	1	6	1	17	1	13	5	31	1	13	9	17	1
Prematuridad Moderada	3	19	1	17	2	25	1	6	2	25	9	17	2
Prematuridad Leve	3	19	1	17	1	13	4	25	1	13	10	19	8
A Término	9	56	1	17	3	38	4	25	3	38	20	37	9
Pos término	0	0	1	17	0	0	0	0	0	0	1	2	1
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>100</b>	<b>6</b>	<b>100</b>	<b>8</b>	<b>100</b>	<b>16</b>	<b>100</b>	<b>8</b>	<b>100</b>	<b>54</b>	<b>100</b>	<b>21</b>

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 61% de los casos, y para el año 2016 está en un 63%, siendo un condicionante importante de morbilidad respiratoria e infecciosa.

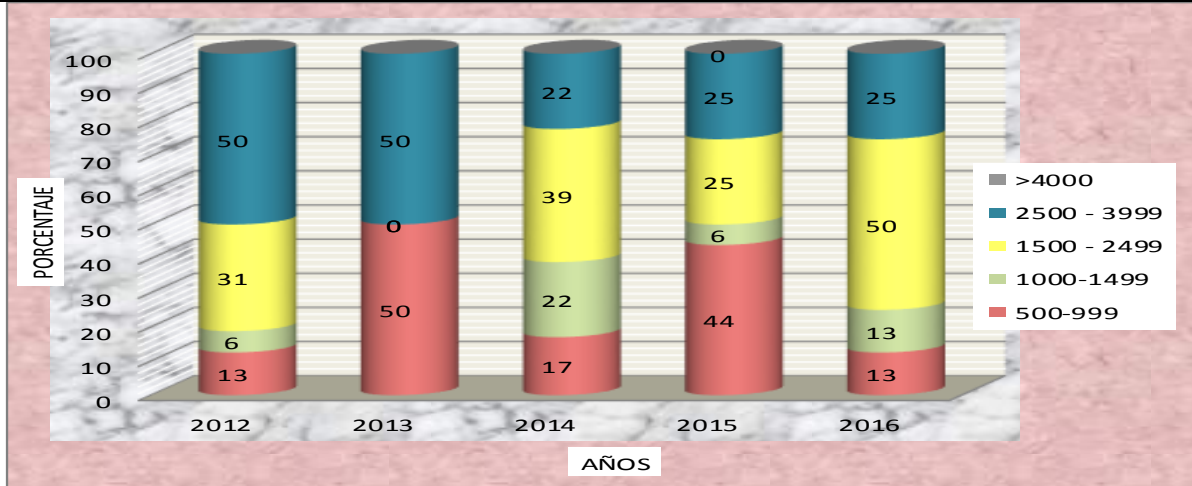
Si sumamos en estos últimos 5 años los recién nacidos a término y los prematuros leves quienes tienen mayores condiciones de supervivencia y restamos los recién nacidos con malformaciones congénitas concluimos que el 20.9% (13 casos) del total de muertes pudieron ser evitadas y este es el grupo de casos que amerita 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 2012 – 2016**

A  
S  
I  
S  
2  
0  
1  
6

PESO (gr.)/ AÑO	2012		2013		2014		2015		2016		2012-2016	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	TOTAL	%
500-999	2	13	3	50	3	17	7	44	1	13	16	25
1000-1499	1	19	0	0	4	22	1	6	1	13	7	11
1500-< 2499	5	31	0	0	7	39	4	25	4	50	20	31
2500-3999	8	50	3	50	4	22	4	25	2	25	21	33
>4000	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	16	113	6	150	18	100	16	100	8	100	64	100



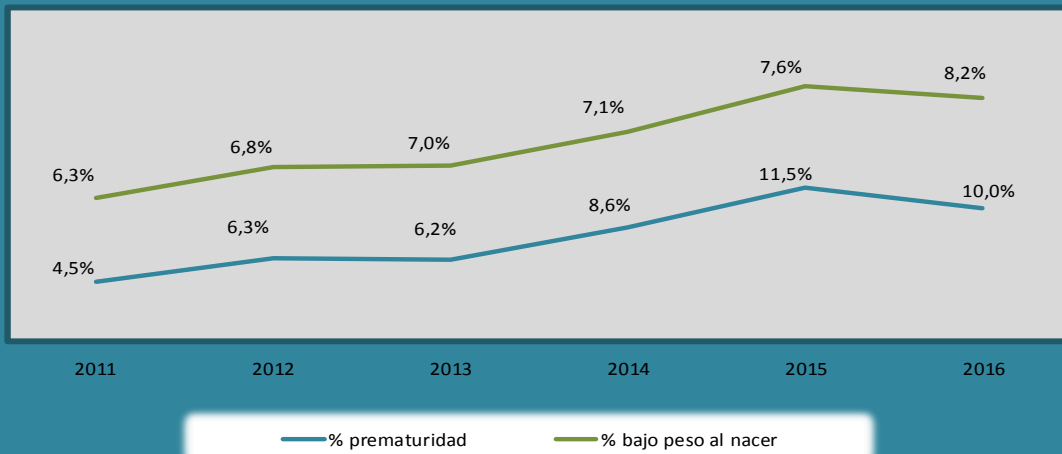
FUENTE: OESASO – HRGDV.

En estos 5 años el 65% 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 morbimortalidad.

A diferencia el año 2016 el 76% de los neonatos fallecidos presentaron bajo peso al nacer predisponiéndolo a mayor riesgo de muerte.



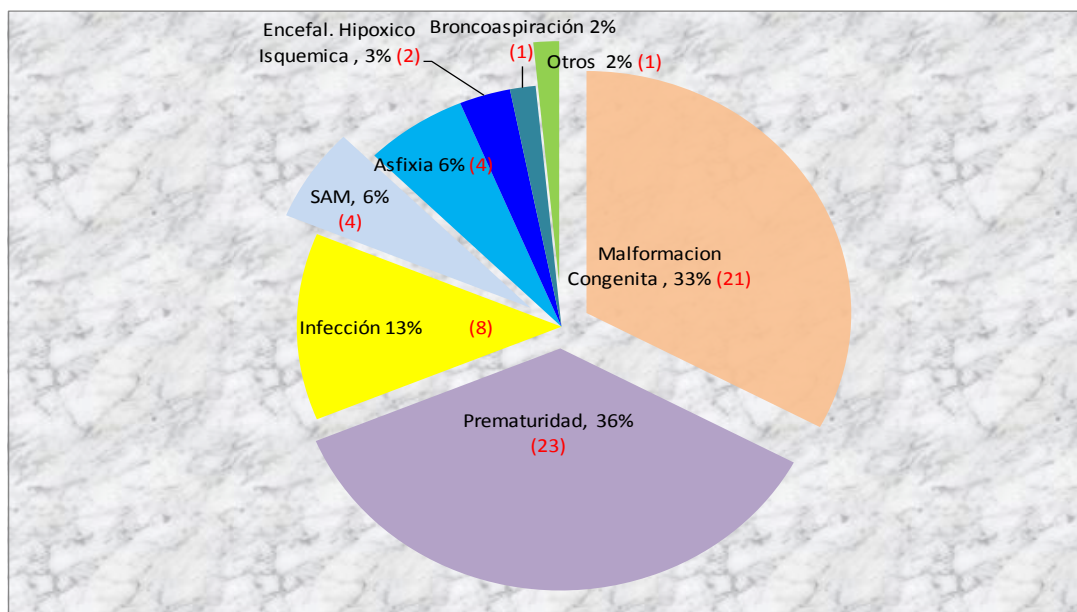
**Porcentaje de partos Atendidos en Recien Nacidos Prematuros y Bajo Peso**



Fuente: OESASO-HRGDV

En el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega se atendieron 1728 recién nacidos donde la tasa de nacimientos prematuros en el 2016 es de 10% del total de nacimientos y la tasa de nacimientos con bajo peso al nacer es de 8.2%. En estos últimos seis años observamos que el problema del parto prematuro y bajo peso al nacer se ha incrementado 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 2012 - 2016**



FUENTE: OESASO-HRGDV



En el siguiente gráfico, se muestra la causalidad de la muerte neonatal periodo 2012 – 2016 siendo la prematuridad la primera causa de mortalidad neonatal con un 36% 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 invasivo, intervenciones quirúrgicas y hospitalización prolongada.

La segunda causa son las malformaciones congénitas con un 33%, la tercera causa son las infecciones con un 13%; Si sumamos las causas que condicionan a problemas de distres respiratorio (SAM, asfixia, Encefalopatía Hipoxico isquémica) hacen un total 28% (18 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.

A  
S  
I  
S  
  
2  
0  
1  
6

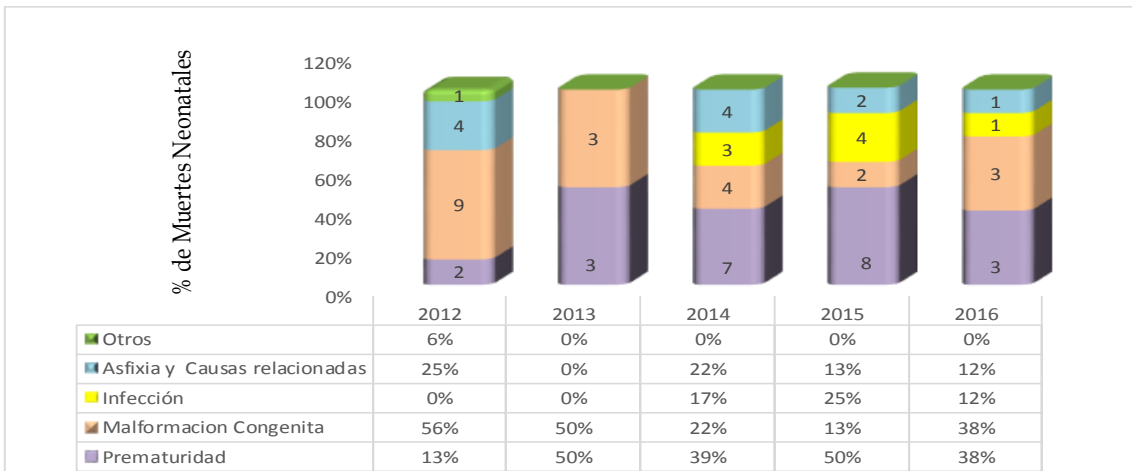


FUENTE: OESASO – HRGDV

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 2012 al 2016 son las malformaciones congénitas, donde las malformaciones congénitas múltiples son las más recurrentes, seguido de casos de neonatos fallecidos debido a hernia diafragmática, síndrome de Potter, Cardiopatía congénita etc.

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.

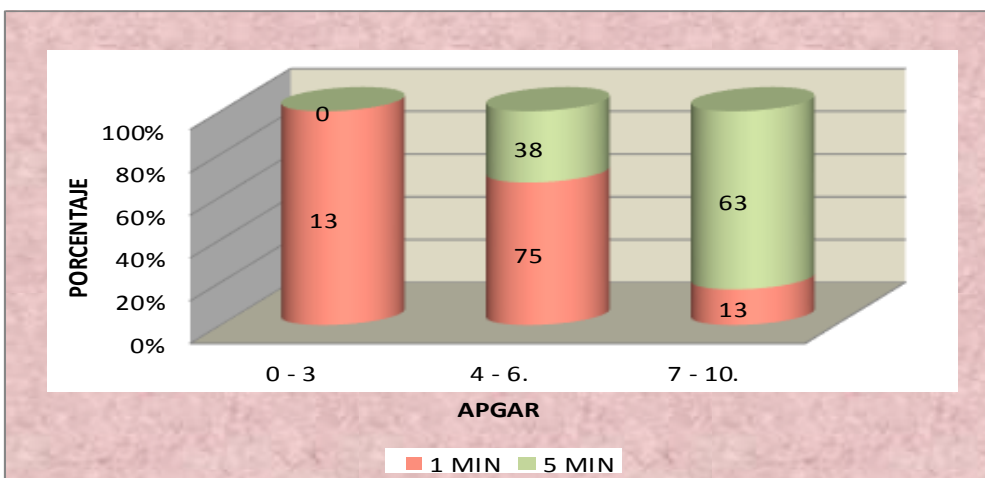
**MORTALIDAD NEONATAL SEGÚN CAUSAS DE FALLECIMIENTO HRGDV 2012-2016**



Fuente: OESASO - HRGDV

En el presente grafico muestra las causas de mortalidad por años evidenciándose una disminución de los casos de muerte por prematuridad, asfixia e infecciones.

**MORTALIDAD NEONATAL – SEGÚN APGAR HRGDV 2016**



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 a los 5 minutos donde en el 63 % tuvo una adecuada respuesta a la atención neonatal con un Apgar 7- 10 un 38% con depresión moderada y ninguno continuo con depresión severa.

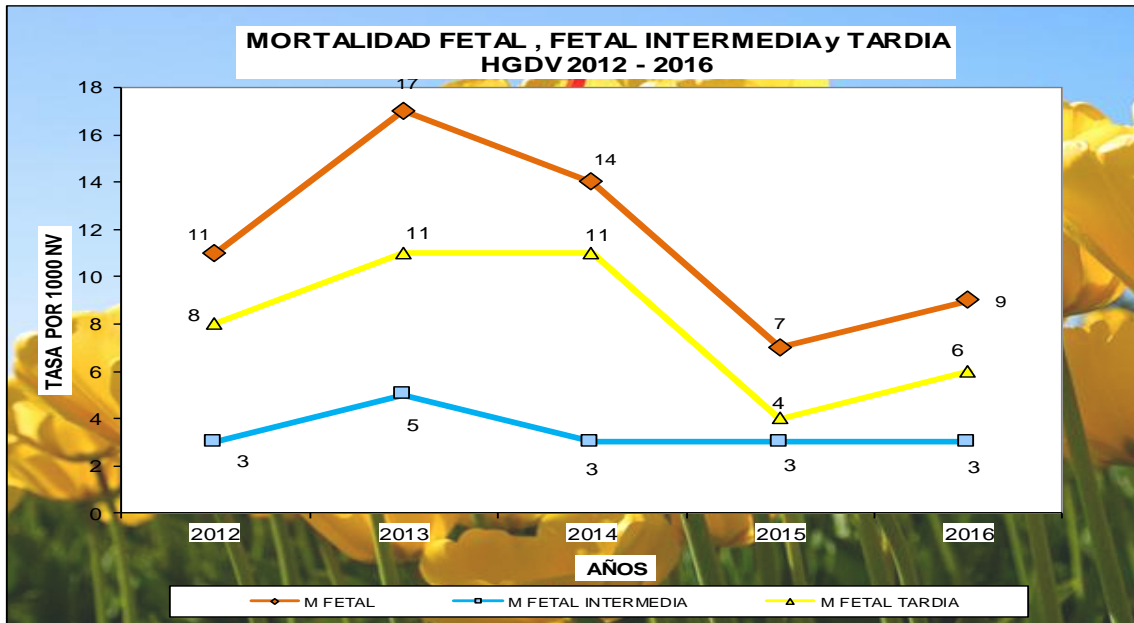
**OBITOS FETALES:**

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 TARDIA HRGDV 2010 – 2015**

**A  
S  
I  
S  
  
2  
0  
1  
6**



Fuente: OESASO-HRGDV.

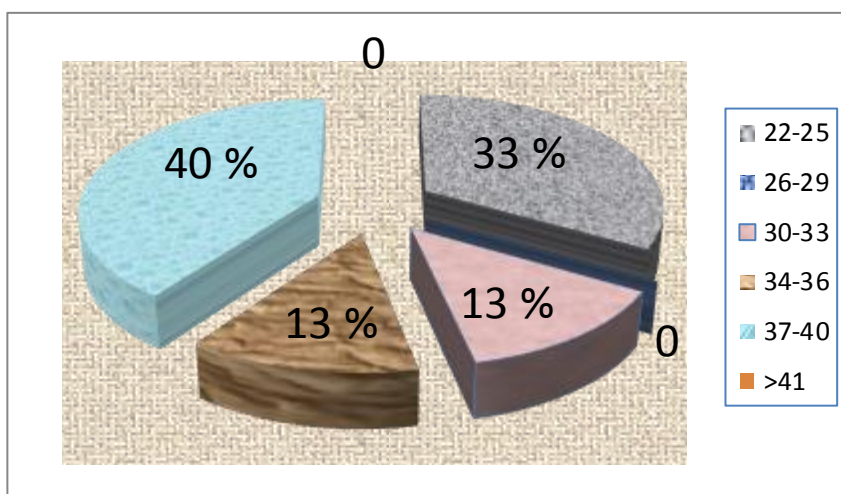
CLASIFICACION / AÑO	2012		2013		2014		2015		2016	
	Nº	TASA X 1000 NV	Nº	TASA X 1000 NV	Nº	TASA X 1000 NV	Nº	TASA X 1000NV	Nº	TASA X 1000 NV
MORTALIDAD FETAL	17	11	26	17	21	14	12	7	15	9
M. FETAL INTERMEDIA	5	3	8	5	4	3	5	3	5	3
M. FETAL TARDIA	12	8	18	11	17	11	7	4	10	6

Fuente: OESASO-HRGDV.

En los cuadros arriba mostrados muestra la tasa de mortalidad fetal del año 2012 al 2016 habiendo una tendencia a la disminución presentando al 2016 un ligero incremento una tasa de 9 x 1000 Nv. Cabe mencionar que el 100% de los casos de muerte fetal se produjeron en domicilio y 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

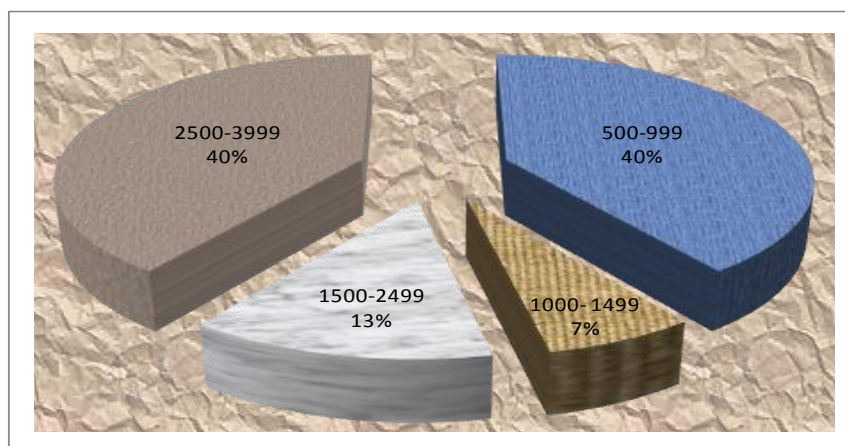
- ❖ Los siguientes gráficos muestran la distribución de los mismos según edad gestacional y peso al nacer.

**ÓBITOS FETALES SEGÚN EDAD GESTACIONAL 2016**



Fuente: OESASO-HRGDV

**ÓBITOS FETALES SEGÚN PESO AL NACER 2016**



Fuente: OESASO-HRGDV

Observamos que el 40% de casos de óbitos fetales se presentaron en gestaciones a término y en fetos de peso  $\geq 2500$  gr, 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 DEFUNCION Y/O  
 PATOLOGIA 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.

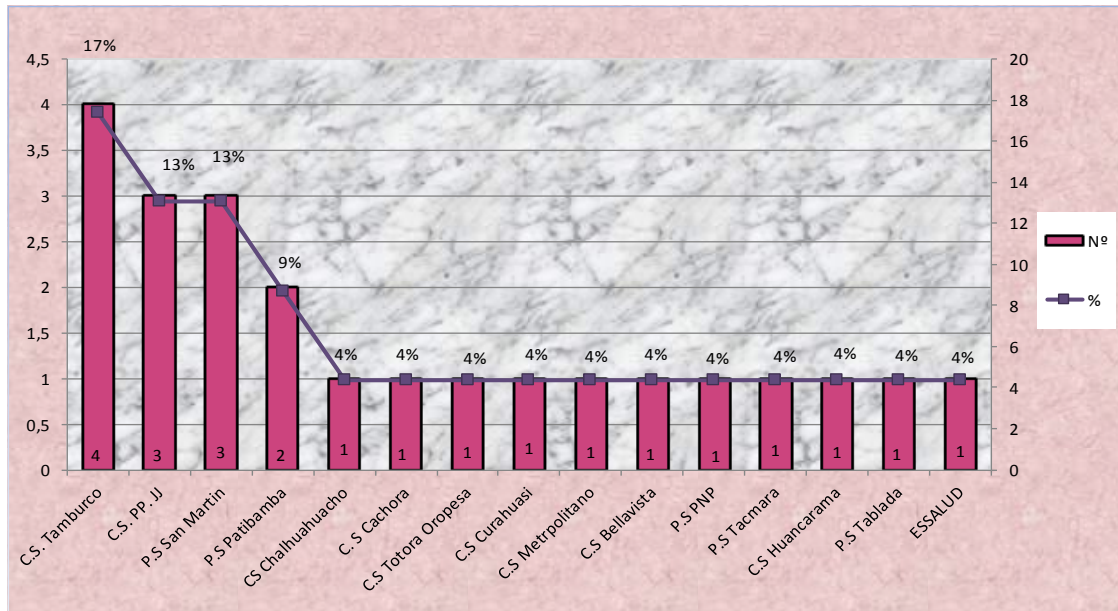
**A  
S  
I  
S  
2  
0  
1  
6**

**MORTALIDAD FETAL SEGÚN CERTIFICADO DE DEFUNCION Y/O  
 PATOLOGIA MATERNA ASOCIADA 2013 – 2016 DEL HRGDV**

<b>CAUSA BASICA/PATOLOGIA FETAL ASOCIADA</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
DISTOCIAS DE CORDON (prolapso de cordón, torsión, circular simple triple de cordón, nudos)	7	2		4	13	18
MALF CONGENITAS	8	1	3	3	15	20
HIPOXIA FETAL INTRAUTERINA/ SENESCENCIA PLACENTACIA	1		2	3	6	8
ASFIXIA / ANHIDRAMNIOS/ OLIGOHIDRAMNIOS SEVERO	4	9	5	2	20	27
HIPOXIA FETAL INTRAUTERINA / DPP	3	5	1	2	11	15
HIPOXIA FETAL INTRAUTERINA/ no especificada		2	1	1	4	5
PREMATURIDAD MUY EXTREMA/ PARTO INMADURO	2				2	3
INFECCION INTRAUTERO		2			2	3
No determinado	1				1	1
<b>TOTAL</b>	<b>26</b>	<b>21</b>	<b>12</b>	<b>15</b>	<b>74</b>	<b>100</b>

Fuente: OESASO-HRGDV

**MORTALIDAD PERINATAL SEGÚN LUGAR DE PROCEDENCIA 2016**



FUENTE: OESASO-HRGDV

A  
S  
I  
S  
  
2  
0  
1  
6

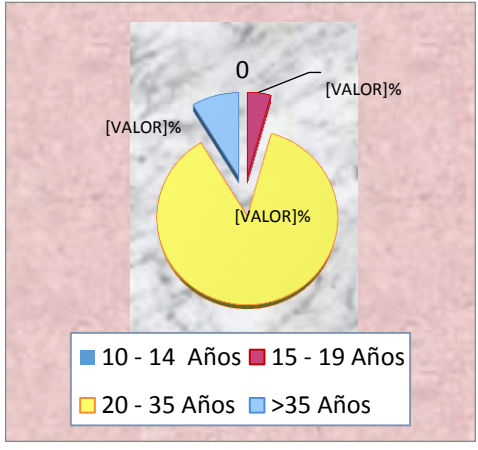
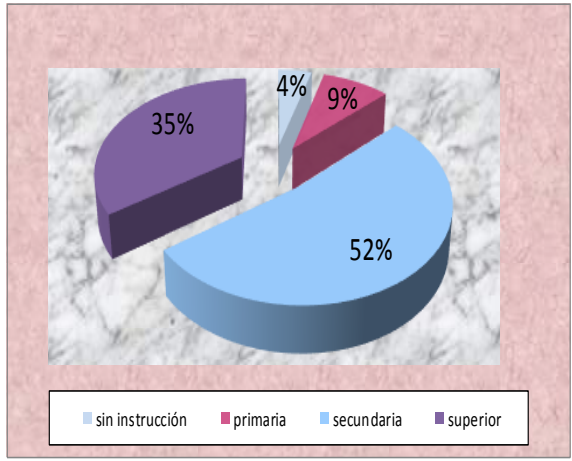
En el presente gráfico se muestra la mortalidad perinatal según lugar de procedencia principalmente proceden del C. S Tamburco 17% seguido de C.S Pueblo Joven y P.S San Martín con la misma proporción 13%, Patibamba 9%, etc... concluimos que la mayoría de muertes perinatales procedían de la red de Abancay, debido a la densidad poblacional, siendo establecimientos del primer nivel de atención debiéndose evaluar la cantidad de recursos humanos profesionales de la salud, dirigidos a la actividad preventivo promocional en la zona urbana de Abancay (seguimiento gestantes, puérperas, neonatos, realización del plan de parto, promoción de la salud en Instituciones educativas, 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 2016**

**A  
S  
I  
S  
  
2  
0  
1  
6**

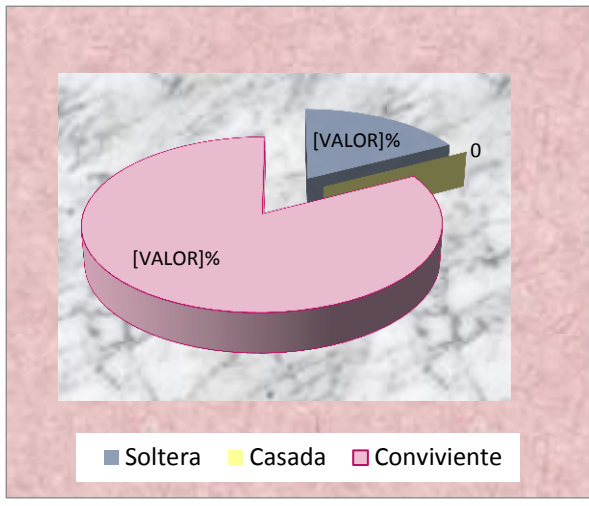
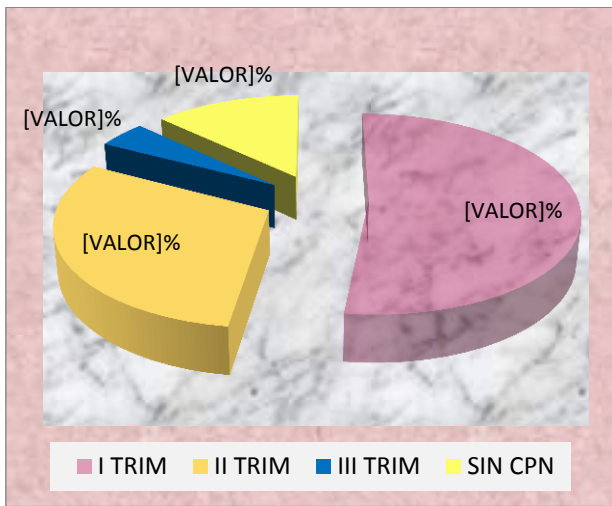


FUENTE: Unidad de Epidemiología y ESSR

FUENTE: Unidad de Epidemiología y ESSR

El presente cuadro muestra la mortalidad perinatal según grado de instrucción y edad materna donde el total de madres la mayoría tuvo algún nivel de instrucción el 52% tuvo el grado de instrucción secundario el 35% tienen grado de instrucción superior y 9% primario. El 87% su edad oscilaba entre 20 a 35 años.

**MORTALIDAD PERINATAL SEGÚN INICIO DE APN Y ESTADO CIVIL MATERNO HRGDV 2016**



FUENTE: OESASO HRGDV

FUENTE: OESASO HRGDV

El 83% se encontraban en una relación de convivencia, y el 52% iniciaron su control prenatal en forma oportuna 52%.



## MORBILIDAD NEONATAL SEVERA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES HRGDV 2016.

En el mundo desafortunadamente, muchas de las complicaciones que conducen a morbilidad severa y muertes maternas y recién nacidas no son fácilmente prevenidas, varios factores (individuales, sociales, relacionados con el sistema de salud, etc.) agravan la vulnerabilidad de las madres y los niños a las complicaciones y muertes relacionadas con el embarazo y el parto. Sin embargo, un tratamiento oportuno y óptimo puede en gran medida mejorar la supervivencia. La evidencia muestra que las altas tasas de mortalidad materna, perinatal, neonatal e infantil están asociadas con servicios de salud inadecuados y de mala calidad. La evidencia también sugiere que paquetes de intervenciones explícitas, basadas en evidencia y rentables pueden mejorar los procesos y resultados de la atención de la salud cuando se implementan apropiadamente.

## CAUSAS DE INGRESO A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES UCIN– 2016

CAUSAS DE INGRESO A LA UCIN	2016	%
Prematuridad	65	61
Infección	15	14
Malformación Congénita	11	10
Asfixia y Causas relacionadas	7	7
Taquipnea transitoria del recién nacido	5	5
Otros	3	3
Total	106	100

Fuente: OESASO- HRGDV

La mayor parte de neonatos que necesitan hospitalización en la Unidad de cuidados intensivos son prematuros (61%) los cuales tienen estancias hospitalarias prolongadas, y presentan varias complicaciones durante su hospitalización en quienes tanto el sistema respiratorio como el inmunológico están todavía en desarrollo. Según la OMS Aproximadamente en la mitad de los nacimientos pretérmino no se conoce la causa. Entre las causas más frecuentes figuran los embarazos múltiples, las infecciones y las enfermedades crónicas, como la diabetes y la hipertensión, también hay una influencia genética.

Otra patología más frecuentemente de ingreso a la UCIN encontradas corresponden a los problemas infecciosos (14 %) que están en relación a **factores maternos** (Infecciones maternas, Madre sin CPN, RPM mayor de 24 horas, Madre Febril, Líquido amniótico verde y mal oliente, Corioamnionitis, Expulsivo prolongado y/o instrumentado, Taquicardia fetal inexplicable, más de seis tactos durante trabajo de parto, etc.), **Factores neonatales** (Parto séptico, Prematuridad y/o bajo peso al nacer, Asfixia, Trabajo de parto prolongado (>12 horas), Procedimientos invasivos, Equipos contaminados, Falta de lavado de manos, Hospitalización prolongada, Uso irracional de antibióticos, No inicio temprano de lactancia materna, Uno de biberón, chupón, leches artificiales, etc.)

Tercer lugar de frecuencia de hospitalización son los casos de Malformación congénita, seguida de los problemas de asfixia y causas relacionadas; que tienen que ver directamente con las condiciones de Salud materna, las condiciones de referencia materna y neonatal, la atención del parto, y atención inmediata del recién nacido.

**INGRESO A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS SEGÚN PESO Y EDAD GESTACIONAL – 2016 HRGDV**

**A  
S  
I  
S  
2  
0  
1  
6**

2016	Nº	%
22-25	1	1
26-29	3	3
30-33	29	27
34-36	40	38
37-40	32	30
>41	1	1
<b>Total</b>	<b>106</b>	<b>100</b>

2016	Nº	%
500-999	2	2
1000-1499	11	10
1500-< 2499	54	51
2500-3999	36	34
>4000	2	2
<b>Total</b>	<b>105</b>	<b>100</b>

Fuente: OESASO-HRGDV

En la Unidad de cuidados intensivos se atendieron 106 neonatos de los cuales el 62% presentaron bajo peso al nacer y 69% nacieron con problemas de prematuridad.

**MORBILIDAD NEONATAL SEVERA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES SEGÚN LUGAR DE PROCEDENCIA HRGDV 2016.**

Red Antabamba	Total de pacientes según referencia materna	Referencia neonatal	Fallecidos	Total
Antabamba	3	0		5
Sabayno	2			
<b>Red Aymaraes</b>				
Chalhuanca	6	3		17
Iscahuaca	4	1		
Chapimarca	1			
Colca	1			
Toraya	1			
Socco	2			
Tintay	1			
Lucre / Cayhuachahua	1			
<b>Red Abancay</b>				
PP.JJ	10		1	59
Villagloria	3	1		
Bellavista	10	0		
Chalhuani	1			
Huancarama	2	2	1	
Carhuacahua	1			
Pacobamba	1			

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

Tacmara	2			
Karkatera	1			
San Martín	5		1	
Taquebamba	1			
Metropolitano	6	1		
Patibamba Baja	2		2	
Tablada Alta	1		1	
Tamburco	4	1	1	
Curahuasi	4	2		
Cachora	3	0		
Bacas	1			
Huanipaca occopata	1			
<b>Red Grau</b>				
Chuquibambilla	2			8
Totora	3	1		
Progreso	2	1		
Virundo	1			
<b>Andahuaylas</b>				
Chincheros	2	1		4
San Jerónimo	1			
Talavera	1			
<b>OTROS</b>				
Essalud	10	5	1	13
Chalhuahuacho	1			
OTROS	2			
<b>Total</b>		<b>106</b>		

Fuente: OESASO - HRGDV

En el presente cuadro se observa la Morbilidad Neonatal a la Unidad de Cuidados Intensivos según lugar de procedencia materna-neonatal evidenciándose que más de la mitad de neonatos procedían de la Red de Abancay seguido de la Red de Aymaraes

## EVALUACION FONE

### RESULTADO EVALUACION DE ESTÁNDARES E INDICADORES DE CALIDAD EN LA ATENCION MATERNA Y PERINATAL PARA LOS ESTABLECIMIENTOS CON FONE

**INDICADOR 1: Porcentaje de recursos con que cuenta el establecimiento de salud para las funciones obstétricas y neonatales esenciales.**

<b>ESTABLECIMIENTO/UMBRAL</b>	<b>80%</b>
ANUAL	88%

Responsables: Jefes de los Departamentos de: Gineco-Obstetricia, Pediatría, Farmacia, Patología Clínica y Anatomía Patológica, Anestesiología y Centro Quirúrgico, Unidad de Personal, Unidad de Referencias y Contrareferencias, Servicios de Emergencia Obstétrica, Centro Obstétrico y Neonatología.

**OBSERVACIONES. -**

- Insuficientes recursos humanos médicos pediatras, neonatólogos.
- Insuficientes recursos humanos médicos: intensivistas, Ginecoobstetras, anestesiólogos.
- Insuficientes profesionales de la salud: biólogos en laboratorio.

Este Indicador, evaluado semestralmente, muestra que, durante la evaluación realizada, se alcanzó el 88%.

A  
S  
I  
S  
  
2  
0  
1  
6

**INDICADOR 2. Porcentaje de registros de la medición de altura uterina y la edad gestacional de las gestantes de 13 semanas o más que son concordantes.**

ESTABLECIMIENTO/UMBRAL	95%
ANUAL	96%

Responsable del Consultorio Externo de Atención Prenatal: Obsta. Nora Salas Sánchez.

En relación a este indicador, los resultados reflejan se logró alcanzar el Umbral (96%).

**INDICADOR 3: Porcentaje de gestantes que acuden al EESS víctimas de violencia basada en género y que reciben atención según la norma.**

ESTABLECIMIENTO/UMBRAL	100%	
Anual	82	82
	100%	

Responsables: Responsable de Consultorio Externo de Atención Prenatal: Obsta. Nora Salas Sánchez, Jefa de Obstetras: Obsta. Amparo Monzón Galindo, Jefe del Departamento de Psicología: Psicólogo Cleto Quihue Huyhua.

Durante la evaluación anual se reportaron 82 casos de gestantes víctimas de violencia basada en género y/o con problemas de salud mental los cuales recibieron atención según la norma.

Se continúa vigilando el cumplimiento del indicador, a través de la aplicación de la Ficha de tamizaje de Violencia y la SQR para la detección de problemas de salud mental, en las Unidades productoras de salud, siendo parte del protocolo de atención: Sala de partos, puerperio, Alto riesgo Obstétrico, emergencias Obstétricas, control prenatal y parcialmente en ginecología debiendo implementarse el tamizaje al 100% de gestantes post cesareadas hospitalizadas.

**INDICADOR 4. Porcentaje de gestantes en trabajo de parto que tiene el Partograma según la norma.**

ESTABLECIMIENTO/UMBRAL	100%
Anual	98%

Responsables: Jefe del Dpto. de Gineco-Obstetricia: Dr. Edison Vivanco Quinte y Jefa de Obstetras: Obsta. Amparo Monzón Galindo, Responsable de sala de partos Obsta. Zulma Dávila Quiroga.

En relación a este indicador de proceso se ha alcanzado el 98% no logrando cumplir el umbral debido a que no se está realizando el partograma en partos pretermino, óbitos fetales no habiendo ningún comunicado oficial del MINSA, DIRESA para no realizar en estos casos.

**INDICADOR 5: Porcentaje de gestantes que han tenido su parto en EESS FON E y que reciben 10 UI de Oxitocina IM dentro del minuto de nacimiento del bebe.**

ESTABLECIMIENTO/UMBRAL	100%
Anual	100%

Responsables: Jefe del Dpto. de Gineco-Obstetricia, Edison Vivanco Quinte y Jefa de Obstetras: Obsta. Amparo Monzón Galindo, Responsable de Sala de partos Obsta. Zulma Dávila Quiroga.

En relación a este indicador se ha logrado alcanzar el umbral (100%). En el HRGDV se emplea la Oxitocina 5UI EV, así como la Oxitocina 10 UI IM, tal como indica la norma, para la realización del alumbramiento dirigido.

**INDICADOR 6. Porcentaje de gestantes con Hipertensión arterial inducida por el embarazo: Preeclampsia Severa y Eclampsia que acuden al EESS FON E y que reciben tratamiento según la norma.**

ESTABLECIMIENTO/UMBRAL	100%	
Anual	28	17
	61%	

Responsable: Jefe del Dpto. de Gineco-Obstetricia: Dr. Edison Vivanco Quinte y Personal Médico del Departamento.

En relación a este indicador, se reportaron 28 casos de los cuales 17 fueron de acuerdo a norma alcanzando el 61%, siendo el umbral (100%).

A  
S  
I  
S  
  
2  
0  
1  
6

Se detalla algunas observaciones según lista de chequeo:

**Observaciones:**

- Toda gestante con Preeclampsia severa y daño de organo blanco el tiempo máximo para la realización de la cesárea no excedera las 2 horas (Se realiza en algunos casos).
- Colocar Cloruro de Sódio al 9%º a goteo rápido (dependiendo del cuadro clínico) y otra vía con 10 gr. de Sulfato de Magnesio (5 ampollas al 20%) diluidos en 1 litro de Cloruro de Sódio al 9%º. (Se realiza en algunos casos)
- Indagar sobre antecedentes de violencia en la familia, Indagar sobre antecedentes de abuso sexual (No se realiza en el servicio de ginecología por el personal de enfermería).
- Realizar el examen de miembros inferiores y reflejos osteotendinosos (Se realiza en algunos casos).
- Solicitar el Perfil de Coagulación (Se realiza parcialmente se contó con insumos de laboratorio durante el primer trimestre, en los trimestres siguientes no se contaba con insumos por falta de reactivos y personal de laboratorio (biólogo), Es imprescindible contar con las pruebas de coagulación (fibrinógeno, tiempo protrombina y tiempo parcial de tromboplastina) de acuerdo al nivel de complejidad ya que se cuentan con áreas críticas para la atención de pacientes con alto riesgo de mortalidad materno neonatal.
- El resto de exámenes como recuento de plaquetas, TGO, TGP, LDH, glucosa creatinina, examen completo de orina, hemograma etc. (se solicita en la mayoría de los casos)
- Realizar un monitoreo constante de la gestante y el feto con evaluación de funciones vitales cada 15 minutos. ( se realiza en algunos casos realizándose en la mayoría cada 30 minutos)
- Realizar Ecografía y determinar el Perfil Biofísico Fetal. ( Solo se realiza la Ecografía)

Se adjunta Matriz de Evaluación de Indicador. Se continúa realizando la vigilancia de este indicador.

**INDICADOR 7: Porcentaje de gestantes con Hemorragia Obstétrica severa y Shock Hipovolémico que acuden al EESS FON E y que reciben tratamiento según la norma.**

ESTABLECIMIENTO/UMBRAL	100%	
Anual	18	11
	61%	

Responsable: Jefe del Dpto. de Gineco-Obstetricia: Dr. Edison Vivanco Quinte y Personal Médico del Departamento

En relación a la vigilancia de este indicador, se alcanzó el 61% en la cual se encuentra algunas observaciones según lista de chequeo como a continuación se detalla:

- La terminación del embarazo por hemorragias de la segunda mitad del embarazo y con alteraciones hemodinámicas, será por cesárea y el tiempo para la realización de la misma no excederá los 30 min.
- Colocar dos vías endovenosas con catéter 16 o 18. (Se realiza en la mayoría de los casos)
- Solicitar exámenes auxiliares de pruebas cruzadas. (Se realiza en la mayoría de los casos)
- Indagar sobre antecedentes de violencia en la familia, Indagar sobre antecedentes de abuso sexual (No se realiza en el servicio de ginecología por el personal de enfermería).
- Solicitar el Perfil de Coagulación: No se contó con los exámenes de (fibrinógeno, tiempo protrombina y tiempo parcial de tromboplastina).
- Realizar Ecografía y determinar el Perfil Biofísico Fetal. (Solo se realiza la Ecografía).
- Se solicita AGA (se realiza en algunos casos, debido a que no fue solicitado por el medico asistente o porque no se procesaba en laboratorio por falta de insumos y/o personal).

Se adjunta Matriz de Evaluación de Indicador. En la actualidad, se continúa realizando la vigilancia de este indicador.

**INDICADOR 8: Porcentaje de gestantes y puérperas con Sepsis que acuden al EESS FON E y que reciben tratamiento según la norma.**

ESTABLECIMIENTO/UMBRAL	100%	
Anual	6	4
	67%	

Responsable: Jefe del Dpto. de Gineco-Obstetricia: Dr. Edison Vivanco Quinte y Personal Médico del Departamento

En relación a la vigilancia de este indicador se alcanzó un 67% donde se encuentra algunas observaciones según lista de chequeo como a continuación se detalla:

- Indagar sobre antecedentes de violencia en la familia, Indagar sobre antecedentes de abuso sexual (No se realiza en el servicio de ginecología por el personal de enfermería).
- Solicitar el Perfil de Coagulación: No se contó con los exámenes de laboratorio por falta de insumos (fibrinógeno, tiempo protrombina y tiempo parcial de tromboplastina).
- Se solicita electrolitos ( No se solicita en la mayoría de los casos)



- Se solicita gasometría arterial (se realiza en algunos casos, debido a que no fue solicitado por el médico asistente o porque no se procesaba en laboratorio por falta de insumos y/o personal).
- Se realiza Cultivos de secreciones cervical o endouterina (No se realizó en la mayoría de los casos debido a que no se solicitó por el médico asistente o porque no había insumos y/o personal en microbiología).

A  
S  
I  
S  
2  
0  
1  
6

Se adjunta Matriz de Evaluación de Indicador. En la actualidad, se continúa realizando la vigilancia de este indicador.

**INDICADOR 9: Porcentaje de recién nacidas/os que se realizan y registran en la historia clínica materno perinatal las actividades según la norma.**

<b>ESTABLECIMIENTO/UMBRAL</b>	<b>100%</b>
ANUAL	100 %

Responsable: Jefe del Dpto. de Pediatría y neonatología: Dra. Lola Carrillo Segovia y Personal Médico del Departamento, Jefatura de Neonatología: Justina Loayza y Personal de Enfermería.

En relación a este indicador de proceso, se logró alcanzar el Umbral (100%) durante los meses evaluados. Se sugiere en que se deberá enfatizar la **REALIZACION DEL CONTACTO PIEL A PIEL** durante el tiempo establecido de acuerdo a norma / **LACTANCIA MATERNA INMEDIATA** que constituye uno de los siete aspectos a medir para el presente año 2017.

**INDICADOR 10: Porcentaje de recién nacidas/os que presentan apgar menor a 7 al minuto y que al ser reanimados presentan un apgar igual o mayor a 7 a los cinco minutos.**

<b>ESTABLECIMIENTO/UMBRAL</b>	<b>90%</b>	
Anual	86	82
	95%	

Responsable: Jefe del Dpto. de Pediatría y neonatología: Dra. Lola Carrillo Segovia y Personal Médico del Departamento, Jefatura de Neonatología: Justina Loayza y Personal de Enfermería

En relación a este indicador, se logró alcanzar el umbral 95% valor que se encuentra por encima del promedio esperado, debido a que la mayoría de las atenciones del recién nacido son realizadas por médico especialista (pediatra, neonatólogo) tanto en sala de partos como en sala de operaciones.

**INDICADOR 11: Porcentaje de puérperas que han tenido su parto en el EESS FON E y son controladas cada 15 minutos, durante las dos primeras horas, según la norma.**

ESTABLECIMIENTO/UMBRAL	100%
ANUAL	100 %

Responsable: Jefe del Dpto. de Gineco-Obstetricia: Dr. Edison Vivanco Quinte y Jefa de Obstetras: Obst. Amparo Monzón Galindo, Responsable de puerperio: Obst. Leyda Hinojosa Chávez

En este indicador de proceso, se ha logrado alcanzar el Umbral (100%) durante los meses evaluados.

**INDICADOR 12: Porcentaje de puérperas que han tenido su parto en el EESS FON E y que egresan habiendo recibido orientación y consejería sobre los métodos de PPF de acuerdo a la norma.**

ESTABLECIMIENTO/UMBRAL	100%
ANUAL	100 %

Responsable: Jefe del Dpto. de Gineco-Obstetricia: Dr. Edison Vivanco Quinte y Jefa de Obstetras: Obst. Amparo Monzón Galindo, Responsable de puerperio: Obst. Leyda Hinojosa Chávez.

En relación a este indicador de proceso, se logró alcanzar el umbral durante los meses evaluados.

**INDICADOR 13: Porcentaje de mujeres con diagnóstico de aborto incompleto que han sido atendidas en el EESS FON E y que egresan habiendo recibido orientación y consejería sobre los métodos de PPF de acuerdo a la norma.**

ESTABLECIMIENTO/UMBRAL	100%
ANUAL	96%

Responsable: Jefe del Dpto. de Gineco-Obstetricia: Dr. Edison Vivanco Quinte y Jefa de Obstetras: Obst. Amparo Monzón Galindo, Responsable de emergencias Obstétricas: Obst. Karina Cárdenas Gaona.

No se logró alcanzar el umbral durante los meses evaluados, debido a que en algunas oportunidades la demanda de pacientes de alto riesgo es alta, en la cual se prioriza la emergencia, o por el tiempo de estancia hospitalaria siendo de 2 horas post AMEU.

Siendo el porcentaje de pacientes que egresan de emergencia obstétrica post aborto con un método moderno el 18.8% se recomienda establecer estrategias para la mejora de este indicador.

**INDICADOR 14: Porcentaje de gestantes que acuden para atención prenatal a la consulta externa del EESS FON E, y que están satisfechas con la atención recibida.**

A  
S  
I  
S  
  
2  
0  
1  
6

<b>ESTABLECIMIENTO/UMBRAL</b>	<b>80%</b>
ANUAL	

Responsable de Unidad de Gestión de la Calidad: Lic. Enf. Marlene Castillo Warthon ESSSR-Materno Perinatal: Obsta. Dariana Lizbeth Calvo Chura.

**INDICADOR 15: Porcentaje de gestantes que acuden para atención del parto en EESS FON E, y que están satisfechas con la atención recibida.**

<b>ESTABLECIMIENTO/UMBRAL</b>	<b>80%</b>
ANUAL	

Responsable de Unidad de Gestión de la Calidad: Lic. Enf. Marlene Castillo Warthon ESSSR-Materno Perinatal: Obsta. Dariana Lizbeth Calvo Chura.

En relación a estos Indicadores (14 y 15), la dificultad que se tiene radica en la falta de personal de apoyo para la realización de estas encuestas, ya que para garantizar la transparencia de los resultados, debiera ser realizada por personas que no laboren en el establecimiento. Se ha solicitado apoyo con personal para el desarrollo del mismo el cual se tiene programado para el mes de mayo del presente año.

Se realizó la encuesta de satisfacción a la atención prenatal, y a la atención de parto con el apoyo de PARSALUD a fines de año del 2015 cuyos resultados fueron remitidos a las áreas correspondientes

- En la Encuesta de satisfacción realizada en la atención de parto 2015 el 53% se encuentran satisfechas con la atención recibida: (Estándar = 90%).
- En relación a la satisfacción con la atención recibida en la atención prenatal 2015 el 72% se encuentran satisfechas con la atención recibida (umbral del 90%).

**INDICADOR 16: Porcentaje de casos más frecuentes (3 primeros) de morbilidad de recién nacidos/as atendidos en el hospital que tienen un proceso de análisis de acuerdo al reglamento del comité de prevención de la mortalidad materno perinatal.**

<b>ESTABLECIMIENTO/UMBRAL</b>	<b>100%</b>
ANUAL	

Responsable: Jefe del Dpto. de Pediatría y neonatología: Dra. Lola Carrillo Segovia y Personal Médico del Departamento, Jefatura de Neonatología: Justina Loayza y Personal de Enfermería

En relación a este indicador no se ha logrado alcanzar el umbral durante los meses evaluados, debido a la priorización del análisis de casos de muerte neonatal.

En informes anteriores se ha sugerido que se debería establecer un cronograma de reuniones mensuales, así como solicitar apoyo a la Unidad de Docencia y Capacitación para la organización de estas reuniones.

**INDICADOR 17: Porcentaje de Muertes Maternas ocurridas en un EESS FON E y que tienen o están en un proceso de investigación epidemiológica de la muerte materna por el Comité de Prevención de la Mortalidad Materna Perinatal según la norma.**

<b>ESTABLECIMIENTO/UMBRAL</b>	<b>100%</b>
ANUAL	NA

Responsable ESSR-Materno Perinatal: Obsta. Dariana Lizbeth Calvo Chura y Miembros del CPMMP

Se continúa realizando la Vigilancia de este indicador. Durante los meses evaluados no se reportó ningún caso de muerte materna sin embargo se realizó análisis de caso de morbilidad materna extrema (5 casos) y 2 auditorías.

**INDICADOR 18: Porcentaje de muertes perinatales ocurridas en un EESS FON E y que tienen o están en un proceso de investigación epidemiológica de la muerte perinatal por el comité de prevención de la mortalidad materna perinatal según la norma.**

<b>ESTABLECIMIENTO/UMBRAL</b>	<b>90%</b>	
Anual	4	8
	50%	

Responsable ESSSR-Materno Perinatal: Obsta. Dariana Lizbeth Calvo Chura y Miembros del CPMMP

Se logró alcanzar el Umbral (50%); el año 2016 se presentaron 8 casos de muerte neonatal de los cuales 3 fueron por malformaciones congénitas mayores (1 malformación congénita intestinal, 1 malformación congénita múltiple, 1 anencefalia), además una muerte neonatal caso prematuro muy extremo 22 sem, casos no analizados por el CPMMP.

### **CONCLUSIONES RECOMENDACIONES:**

A  
S  
I  
S  
2  
0  
1  
6

- ✓ La Mortalidad materna en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega en estos últimos 10 años ha presentado una disminución importante y sostenible.
- ✓ Los casos de Morbilidad materna extrema MME se han incrementado en número donde la primera causa de ingreso a la UCI por MME son las complicaciones de enfermedad hipertensiva en el embarazo, seguido de los casos de hemorragias, además se observa un incremento en estos últimos dos años los casos infecciones post aborto.
- ✓ Se hace necesario el fortalecimiento de capacidades a los profesionales de la salud de la región Apurímac, en la atención de emergencias Obstétricas y neonatales teniendo en cuenta que el 40% de referencias obstétricas y el 60% de referencias neonatales fueron inadecuadas.
- ✓ Se hace imprescindible incorporar la vigilancia de la morbilidad materna extrema MME en Hospitales de la Región Apurímac, para lo cual el Hospital Guillermo Díaz de la Vega presentara la propuesta programada por el CPMMP en el mes de marzo del presente año.
- ✓ Se solicita a DIRESA Apurímac el directorio telefónico oficial de los establecimientos de salud de la Región para la mejora del sistema de referencia y contra referencia con prioridad en los casos de Morbilidad Materna Extrema y morbilidad neonatal severa (prematuros, BPN, etc.) para la coordinación al alta.
- ✓ Se debe garantizar el manejo presupuestario PPR 2017 en acciones dirigidas a la atención Materno Neonatal.
- ✓ En relación al resultado de la evaluación de los Estándares e indicadores de Calidad en la atención materna y perinatal para los establecimientos FONE: en la atención de las tres primeras causas de mortalidad materna: (hemorragias severa shock hipovolémico, sepsis, complicaciones de enfermedad Hipertensiva del embarazo) que acuden al EESS FONE y que reciben tratamiento según la norma el promedio de 63% siendo un resultado por debajo del promedio esperado siendo un indicador importante que refleja la capacidad resolutive en la atención obstétrica; siendo necesario la estandarización de los procesos de atención a través del uso de las guías de práctica clínica, y la priorización del funcionamiento del área de microbiología del HRGDV.
- ✓ Asimismo, se ha realizado la evaluación de la capacidad resolutive FONE (funciones Obstétricas y neonatales esenciales). La misma que no se presenta en esta oportunidad debido a problemas en el

reporte del sistema del INEI. Se han realizado las diversas coordinaciones verbales con el jefe de la Unidad de estadística e informática DIRESA Ing. Elías Gómez Ancco refiriendo que hay problemas del sistema a nivel nacional en hospitales lo cual hace dificultoso la evaluación permanente del FONE.

- ✓ La tasa de mortalidad neonatal en el HRGDV ha disminuido encontrándonos en una tasa actual de 5 x 1000 Nv. Donde la Tasa de mortalidad neonatal precoz (0 a 7 días de vida) es la más frecuente los cuales están relacionados a las condiciones de salud materna (calidad de control prenatal), la atención de parto, atención inmediata del recién nacido.
- ✓ La Prematuridad es la primera causa de mortalidad Neonatal, seguida de los problemas de malformación congénita, infecciones y Asfixia y causas relacionadas.
- ✓ Para el año 2016 se ha visto un ligero incremento de la mortalidad fetal teniendo en cuenta que el 100% de muertes fetales proceden de los diferentes establecimientos de la Región Apurímac y son referidas en condición de óbitos fetales para la atención de parto, donde el 40% fueron prematuros y presentaron bajo peso al nacer.
- ✓ Los casos de morbilidad neonatal severa en la Unidad de Cuidados intensivos 2016 donde la primera causa de ingreso es la prematuridad o inmadurez 67%, seguido con los problemas de infecciones 14%, malformaciones congénitas 10% y asfixia y causas relacionadas 7%. Más de la Mitad procedían de la Red Abancay seguido de la Red Aymaraes.
- ✓ Insuficientes recursos humanos médicos (pediatras, neonatologos) en la actualidad se cuentan con 4 especialistas para una adecuada atención neonatal se debe contar con un mínimo de 6, (cubrir la plaza orgánica).  
Insuficientes recursos humanos médicos Gineco obstetras, intensivistas.
- ✓ Implementación de la Unidad de soporte Nutricional Artificial (preparación de mezclas de Nutrición parenteral) para neonatos por el departamento de Farmacia.
- ✓ Es prioritario y necesario el procesamiento de muestras de cultivos de manera permanente: hemocultivos, urocultivo para adulto y neonato.
- ✓ Es imprescindible contar con las pruebas de coagulación (fibrinógeno, tiempo protrombina y tiempo parcial de tromboplastina) de acuerdo al nivel de complejidad ya que se cuentan con áreas críticas para la atención de pacientes con alto riesgo de mortalidad materno neonatal.
- ✓ No se está realizando la prueba de HCG **cuantitativa** en sangre, perfil hormonal, marcadores tumorales.
- ✓ Funcionamiento del área de anatomía patológica para el estudio de muestras quirúrgicas.
- ✓ No se realiza en forma constante la medición de Análisis Gases Arteriales AGA, debido a la falta de insumos o por problemas con el equipo.

- ✓ Priorización en la compra de farmacia de insumos para la atención en cuidados críticos neonatales: (catéter venoso central)
- ✓ Demora en la toma de radiografías (1 hora) en pacientes críticos en neonatología.
- ✓ Se debe contar con equipos de protección personal suficiente y de manera permanente para la atención de parto y atención al neonato.
- ✓ Es necesaria la priorización de la compra de un ecógrafo neonatal para la realización ecografía transfontanelar como examen de rutina.
- ✓ Es necesario contar con el mantenimiento preventivo de equipos biomédicos de manera programada y oportuna preventivo y recuperativo.
- ✓ Priorización de reanimadores en T con máscaras en (sala de partos, sala de operaciones y emergencia pediátrica).
- ✓ Priorización de la compra de 3 monitores de 7 parámetros y 1 Ventilador mecánico Babfo en la unidad de Cuidados intensivos neonatal.
- ✓ Adquisición de blender N° 2 (mesclador de gases) con compresoras para hospitalización neonatal.
- ✓ Reparación del equipo de RX o compra de un equipo portátil de rayos X
- ✓ Se debe contar con insumos para el lavado de manos: papel toalla, jabón líquido, de manera permanente para evitar las infecciones nosocomiales.
- ✓ Compra de instrumental KIT de cesárea 5 ya que es la primera causa de cirugía en sala de operaciones.
- ✓ Compra de equipos de Aneu. Siendo el aborto la segunda causa de ingreso al Departamento de Gineco Obstetricia



**3.5. VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE LA UNIDAD DE SALUD OCUPACIONAL**  
**Atención de Trabajadores del Hospital RGDV en el Consultorio de la**  
**Unidad de Salud Ocupacional – 2016**

**Atenciones médico - psicológicas, evaluaciones y certificaciones en Salud**  
**Ocupacional**

VB Oficina/ Dirección encargada de identificación, registro y reporte del indicador	<b>UNIDAD DE SALUD OCUPACIONAL</b>			
<b>CONCEPTO</b>	<b>PARAMETROS</b>			
Indicador	Porcentaje de trabajadores del hospital con atención en salud ocupacional			
FORMA DE CALCULO (N=685)	Número total de trabajadores atendidos por la Unidad de Salud Ocupacional x 100 / número total de trabajadores			
DATOS HISTORICOS (468 trabajadores, internos y practicantes atendidos por accidentes laborales, estrés laboral, clima organizacional, certificados médicos y psicológicos).	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
	18%	43%	67.90%	68.32 %

La Unidad de Salud Ocupacional dentro de sus diversas modalidades de atención, entre exámenes médicos y psicológicos ocupacionales en consultorio, terapias psicológicas y evaluaciones para rotación de personal por salud, suma un total de 468 trabajadores atendidos, el cual representa un porcentaje de 68.32, durante el periodo 2016.

Cabe aclarar que, el presupuesto designado para el área ocupacional es limitado, por lo que es necesario que el equipo de gestión programe para el siguiente periodo un presupuesto que permita comprar equipos e instrumentos así como reactivos para ampliar la cobertura con nuevos exámenes médicos complementarios.

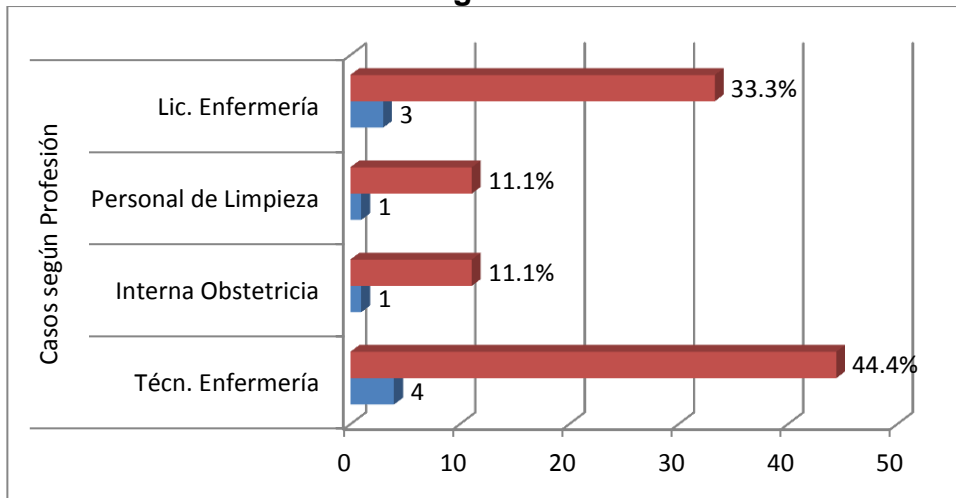
**Incidencia de accidentes por objetos punzo-cortantes y por contacto con fluidos biológicos**

VB Oficina/ Dirección encargada de identificación, registro y reporte del indicador	UNIDAD DE SALUD OCUPACIONAL			
<b>CONCEPTOS</b>	<b>PARAMETROS</b>			
Indicador 1	<b>Tasa de Incidencia de accidentes por objetos punzo-cortantes y por contacto con fluidos biológicos</b>			
FORMA DE CALCULO (N = 685)	Número total de trabajadores por accidentes punzo-cortantes X 100 / número total de trabajadores del HRGDV (N = 623)			
DATOS HISTORICOS (2016=09 accidentes punzo-cortantes)	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
	1.28	2.086	2.086	1.31

Del cuadro se aprecia que durante el periodo 2016, el número de accidentes por objetos punzocortantes reportados es de 09, del cual se obtiene que la tasa de Incidencia de accidentes por objetos punzo-cortantes y por contacto con fluidos biológicos es de 1.31, es decir que por cada 100 trabajadores 2 se accidentan.

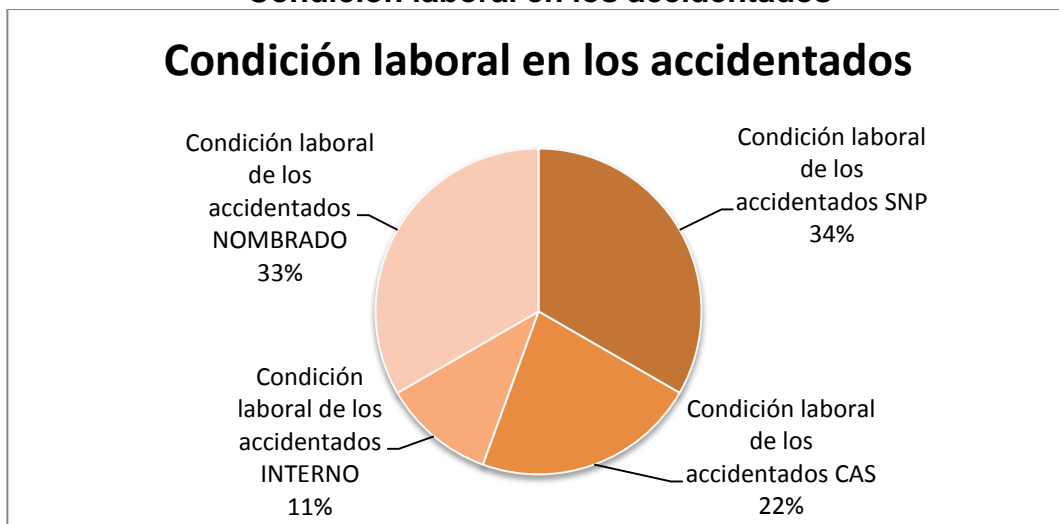
Del cuadro además se observa que las tasas desde los reportes del 2013 hasta el 2015 hay variaciones; en el 2013 la tasa de reportes de accidentes es de 1.28, en tanto que, en el 2014, se realiza una amplia sensibilización sobre la prevención de accidentes punzocortantes y equipos de bioseguridad, aumentando la tasa de incidencia a 2.09 de accidentados por objetos punzocortantes; en el 2015 la tasa se mantiene con la misma tendencia, mientras que el año 2016 se observa una ligera disminución llegando la tasa a 1.31. De lo descrito, en contraste con las experiencias de la vigilancia de factores de riesgos ocupacionales, se infiere que aún falta sensibilizar a los trabajadores para que aprendan a reportar los accidentes por objetos punzocortantes.

**Accidentes punzocortantes:  
Casos según Profesión**



De acuerdo a los reportes de accidentes por objetos punzocortantes y por contacto con fluidos corporales durante el periodo 2016 se tiene que, las profesiones más frecuentes que se observan en los casos por accidentes punzocortantes en primer lugar están los Técnicos de Enfermería con el 44.4%; en segundo lugar están las enfermeras con el 33.3 %; en tercer lugar se ubican el Personal de Limpieza e Internos de Obstetricia con el 11.1% respectivamente.

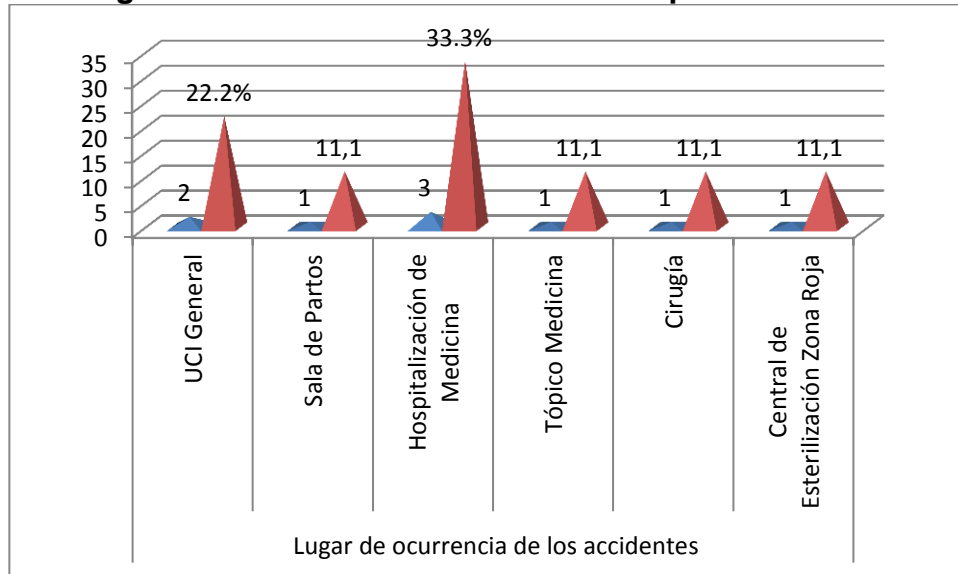
**Accidentes punzocortantes:  
Condición laboral en los accidentados**



La condición laboral de los accidentados por objetos punzocortantes durante el periodo 2016 son los contratados en primer lugar están el personal con contrato por servicios no personales con el 34% y el personal con Contrato Administrativo de Servicios con el 22%; en segundo lugar se tiene al personal nombrado con un

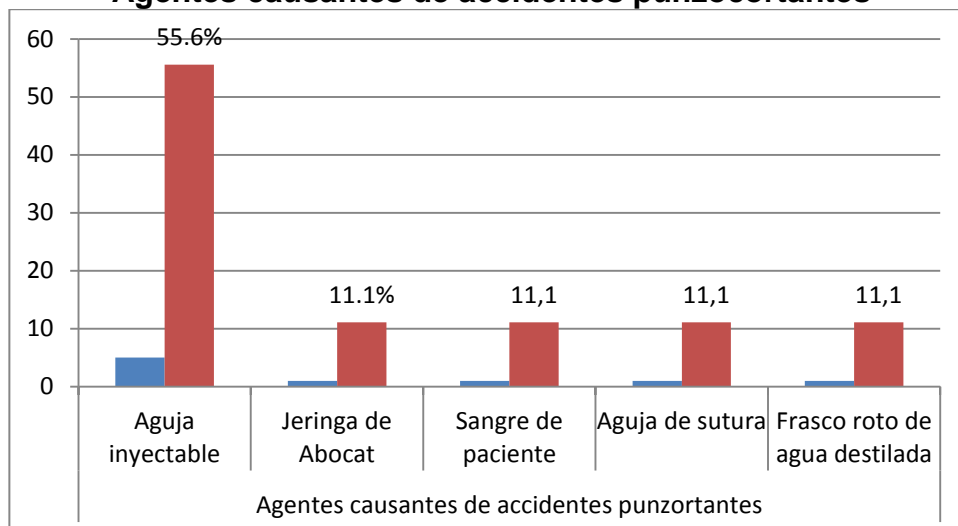
33% de accidentados con objetos punzocortantes; en tanto que los internos de las diferentes profesiones representan el 11% de los accidentados.

**Lugar de ocurrencia de los accidentes punzocortantes**



Los servicios de mayor ocurrencia de los accidentes punzocortantes en el periodo 2016, en primer lugar está Hospitalización de Medicina con un 33.3 %; en segundo lugar está UCI general con el 22.2 %; mientras que en tercer lugar están los servicios de Sala de partos, Tópico de medicina, Cirugía y Central de Esterilización Zona Roja.

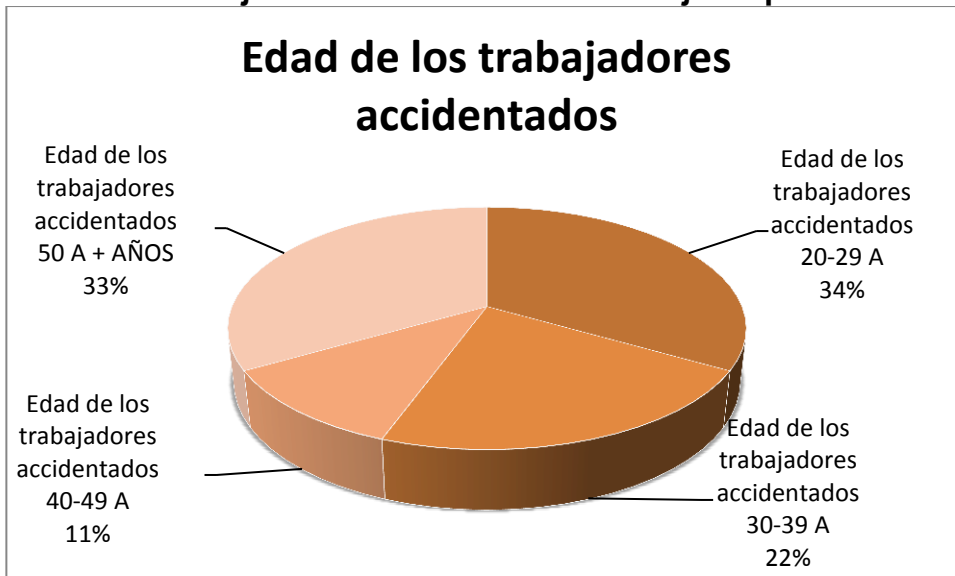
**Agentes causantes de accidentes punzocortantes**



Del gráfico se infiere que dentro de los agentes causantes de mayor incidencia están implicados en los accidentes punzocortantes son las agujas de inyectable con el 55.6%.

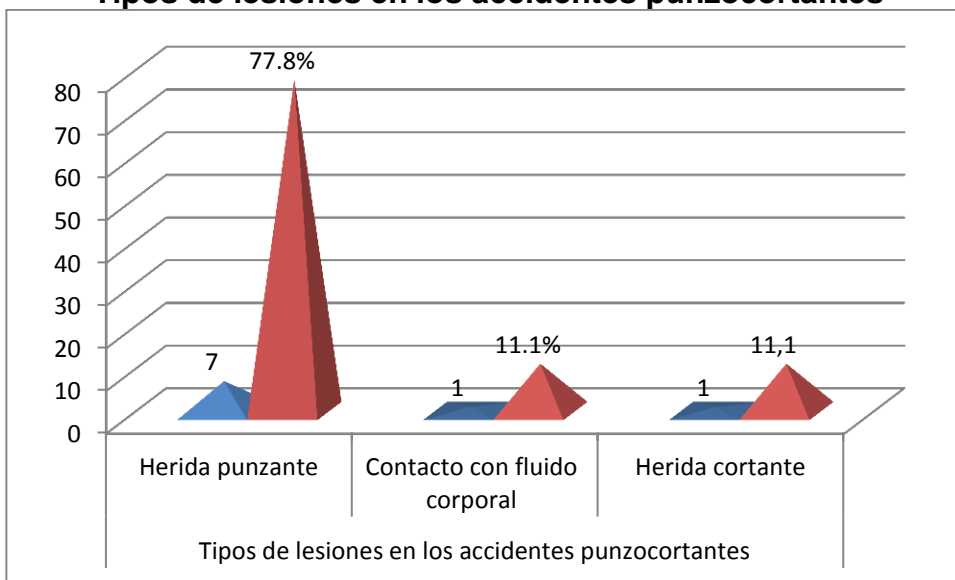
**A  
S  
I  
S  
  
2  
0  
1  
6**

**Edad de los trabajadores accidentados con objetos punzocortantes**



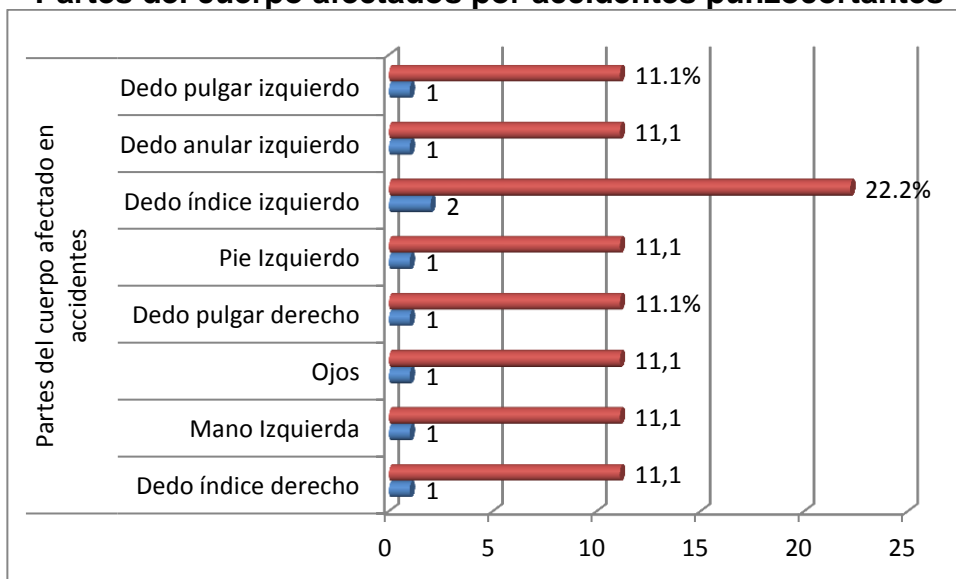
De acuerdo al cuadro, se ve que el mayor porcentaje de accidentes ocupacionales en el hospital se da en los trabajadores que tienen entre 20 y 39 años de edad, con un 34% de incidencia. A continuación, están los trabajadores que poseen más de 50 años de edad. Mientras que las edades de los trabajadores que muestran menor índice de accidentes están de 40 a 49 años.

**Tipos de lesiones en los accidentes punzocortantes**



El tipo de lesiones reportados en la unidad de Salud Ocupacional es por heridas punzantes con el 77.8%. En tanto que el accidente por contacto con fluidos corporales es del 11.1% de igual forma están los accidentes con heridas cortantes, con el 11.1% respectivamente.

**Partes del cuerpo afectados por accidentes punzocortantes**



A  
S  
I  
S  
  
2  
0  
1  
6

Dentro de las partes del cuerpo afectados, se encuentra que el dedo índice izquierdo es el más afectado con el 22.2%, en tanto que las otras regiones afectadas en los accidentes ocupacionales son dedo pulgar izquierdo (11%), dedo anular izquierdo (11%), mano izquierda (11%), pie izquierdo (11%), dedo índice derecho (11%), mano derecha (11%), y ojos (11%). De ello se infiere que los dedos y mano izquierda son los más expuestos en accidentes punzocortantes.

Incidencia de accidentes ocupacionales diversos (caídas, intoxicaciones, quemaduras, etc)

VB Oficina/ Dirección encargada de identificación, registro y reporte del indicador	UNIDAD DE SALUD OCUPACIONAL			
<b>CONCEPTOS</b>	<b>PARAMETROS</b>			
Indicador 2	<b>Tasa de Incidencia de accidentes ocupacionales (caídas, intoxicaciones, quemaduras, etc)</b>			
FORMA DE CALCULO (N=685)	Número total de trabajadores accidentados X 100 / número total de trabajadores del HRGDV			
DATOS HISTORICOS (2016=13 accidentes por caídas, intoxicaciones, quemaduras)	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
	0.64	1.93	1.12	1.90

Respecto a los casos reportados de accidentes ocupacionales diversos por caídas, intoxicaciones, quemaduras, etc. Se tiene que los efectos de la sensibilización para reportar accidentes diversos en el trabajo ha tenido

variaciones significativas, ya que en el 2013 se tiene una tasa de 0.64, luego en el 2014 se incrementa a 1.93, en el 2015 disminuye dicha proporción, llegando a una tasa de 1.12, mientras que en el 2016 la tasa se incrementa a 1.90.

El incremento de la tasa de reportes de accidentes diversos de trabajo entre el 2013 y 2016, es un indicador de la necesidad, aún de sensibilizar a los trabajadores, ya que se debe reconocer que existen incidentes que todavía no son reportados, por múltiples razones, dentro de las cuales por falta de hábito y por no saber el flujograma de atención.

**Cobertura de trabajadores vacunados contra la Hepatitis B, Influenza y**

**Diftotétano**

VB Oficina/ Dirección encargada de identificación, registro y reporte del indicador	UNIDAD DE SALUD OCUPACIONAL			
<b>CONCEPTO</b>	<b>PARAMETROS</b>			
Indicador 5	Porcentaje de trabajadores del hospital vacunados por salud ocupacional			
FORMA DE CALCULO (N=685)	Número total de trabajadores vacunados y <b>protegidos</b> en HVB, DT e Influenza por la Unidad de Salud Ocupacional x 100 / número total de trabajadores			
DATOS (967 dosis administradas a 563 trabajadores e internos del HRGDV)	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
	-	520	599	563
	S.D.S*	88.9%	96.2%	82.19 %

S.D.S. Datos sin sistematizar

La cobertura de trabajadores vacunados y **protegidos** contra la HVB, DPT e influenza en el HRGDV llega a un total en el 2016 de 563 el cual representa al 82.19 % del total de trabajadores. Dicha cobertura se realizó con el trabajo concertado entre la Unidad de Salud Ocupacional y el Programa de Inmunizaciones del HRGDV.

Respecto a las coberturas de vacunación del 2014 es de 88.9% y de los años precedentes se desconoce, mientras que en el 2015 se llega a una cobertura de 96.2%, en los trabajadores del hospital.

De todo ello, se puede deducir que necesitamos sensibilizar aun en temas de prevención y compromiso de los trabajadores, para asumir las medidas de



prevención de accidentes y enfermedades ocupacionales, según normativas vigentes.

**CAPACITACIONES Y VIGILANCIA DE FACTORES DE RIESGOS  
 OCUPACIONALES**

**Capacitación a Trabajadores, Internos y Practicantes en temas de  
 Bioseguridad, Prevención de Accidentes Ocupacionales y Clima  
 Organizacional**

**LEY Nº 29783, RM Nº 768-2010/MINSA - RM Nº 312-2011 - DS Nº 012-2014-  
 TR"**

A  
S  
I  
S  
  
2  
0  
1  
6

VB Oficina/ Dirección encargada de identificación, registro y reporte del indicador	UNIDAD DE SALUD OCUPACIONAL			
<b>CONCEPTO</b>	<b>PARAMETROS</b>			
Indicador 7	Porcentaje de trabajadores capacitados en bioseguridad			
FORMA DE CALCULO (N=685)	Número de trabajadores capacitados en bioseguridad X 100 / número total de trabajadores del mismo periodo			
DATOS HISTORICOS (533 trabajadores capacitados en bioseguridad, clima laboral y otros, con 23 talleres.)	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
	S.D.	71	74.47	77.81

**TALLERES: BIOSEGURIDAD, PREVENCIÓN DE ACCIDENTES  
 OCUPACIONALES Y CLIMA ORGANIZACIONAL - LEY Nº 29783,  
 30222 - RM Nº 768-2010/MINSA - RM Nº 312-2011 - DS Nº 012-2014-  
 TR" -2016**

Servicio/Área	Nº Talleres	Total Asistentes
• Consultorios externos	2	37
• Practicantes técnicos de Enfermería	2	148
• Conservación y limpieza	1	15
• Obstetricia e internos de obstetricia	1	42
• Medicina	1	13
• Emergencia	1	14
• Nutrición	1	12
• SOP	1	8
• obstetricia	1	17
• Psicología y practicantes	2	9
• Cirugía	2	14
• C. Esterilización	1	11
• Internos de enfermería	3	153
• Internos de Odontología	1	12
• Internos de Tecnología Médica	2	7

• Servicios diversos (formación en estilos de vida saludables-prevención de SMP)	1	21
	<b>23</b>	<b>533</b>

La tabla nos muestra que la cantidad de talleres realizados por la Unidad de Salud Ocupacional, realizados durante el periodo 2016, suma a 23. Así mismo, la cantidad de participantes alcanza a 533 en total, entre todos los servicios y áreas del Hospital RGDV.

Cabe aclarar que el contenido de los talleres ha contenido los temas establecidos por el MINSA, tales como: bioseguridad, prevención de accidentes ocupacionales y clima organizacional - Ley N° 29783, RM N° 768-2010/MINSA - RM N° 312-2011 - DS N° 012-2014-TR.

**Vigilancias de Factores de Riesgos Ocupacionales en los Servicios**

VB Oficina encargada de identificación, registro y reporte del indicador	UNIDAD DE SALUD OCUPACIONAL			
<b>CONCEPTO</b>	<b>PARAMETROS</b>			
Indicador 8	Porcentaje de vigilancias de riesgos ocupacionales en los servicios			
FORMA DE CALCULO (32 servicios previstos)	Número de vigilancias en factores de riesgos X 100 / número total de vigilancias programadas			
DATOS HISTORICOS(30 servicios aplicados la ficha de identificación de factores de riesgos -FICRO)	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
	S.D.	50%	94.11	93.75

El cuadro nos señala que, en el 2016 se han realizado vigilancias para identificar los factores de riesgos tanto en ambientes como en equipos de protección personal, en 30 servicios de un total de 32 servicios previstos en el HRGDV, el cual representa el 93.75% del total de servicios y áreas del hospital.

Cabe mencionar que, ante la aplicación de las fichas de vigilancias sea de factores de riesgos ambientales como de uso de equipos de protección personal, se orientó a cada trabajador o grupo de trabajadores, para levantar las observaciones.

**Vigilancias de Factores de Riesgos en el HRGDV**

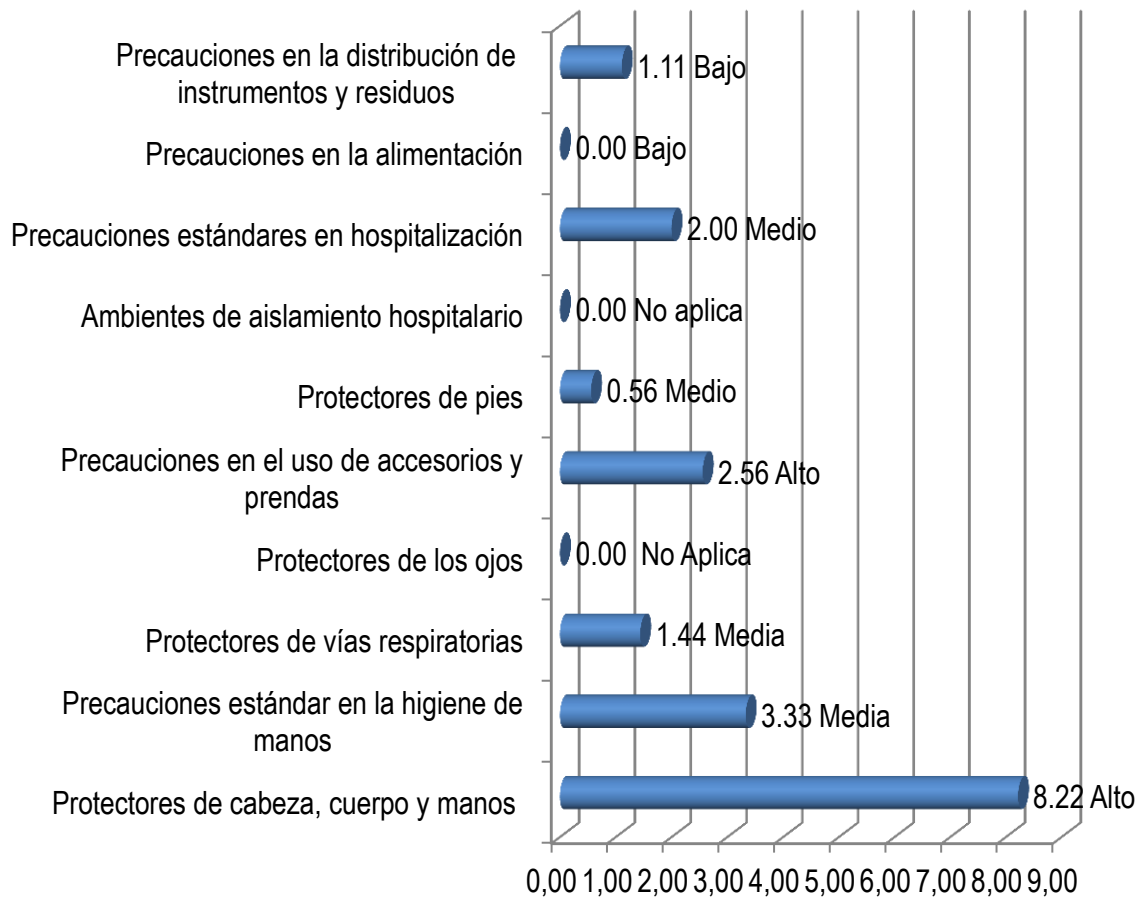
	<b>Servicios/Áreas</b>	<b>Factores de riesgo</b>
1	Archivo central historias clínicas	Ventilación, hongos, apilamiento inadecuado.
2	Archivo central	Nuevo ambiente, en implementación
3	Lavandería	Ruido, humedad, bacterias hongos, equipo protector inadecuado, señalización de área de trabajo
4	Costura	Ventilación, señalización de área de trabajo.
5	Cirugía	Equipos de protección personal
6	Psiquiatría	Se trasladó a nuevo ambiente, en observación
7	Consultorio medicina	Hacinamiento de pacientes en pasadizo. Actos inseguros, falta de hábito de uso equipos de protección personal
8	Hospitalización medicina	Actos inseguros, falta de hábito de uso equipos de protección personal
9	Odontología	Actos inseguros, falta de hábito de uso equipos de protección personal
10	Casa fuerza: tanque de retorno de agua blanda	Falta de mantenimiento
11	Casa fuerza: sistema de ablandamiento de agua	Falta de mantenimiento
12	Transportes: ambulancias	Falta de equipos de protección personal
13	Transportes (ambulancia NISAN QO 1884-2008)	Falta de equipos de protección personal
14	Transportes (ambulancia NISAN LGG 092-2008)	Falta de equipos de protección personal
15	Transportes (ambulancia TOYOTA EUC 233 - 2012)	Falta de equipos de protección personal
16	UCI	Reacciones adversas al Producto Hibiclen y falta de hábito de uso equipos de protección personal
17	Mantenimiento (sistema de ablandamiento de agua potable)	Falta de mantenimiento
18	Mantenimiento (tanque de retorno de vapor)	Falta de mantenimiento
19	UCI neonatal	Reacciones adversas al Producto Hibiclen y falta de hábito de uso equipos de protección personal

20	Central de esterilización	Ruido y Falta de equipos de protección personal
21	Conservación y limpieza	Falta de equipos de protección personal
22	PROCITS	falta de hábito de uso equipos de protección personal
23	Pirolítico	Falta de mantenimiento
24	Traumatología	Falta de equipos de protección personal
25	Emergencia	Falta de equipos de protección personal
26	Consultorio ginecología	Falta de equipos de protección personal
27	Cirugía	Falta de equipos de protección personal
28	Ecografía	Actos inseguros, falta de hábito de uso equipos de protección personal
29	Secretaría técnica de procesos administrativos	Condiciones inseguras, 03 oportunidades inundación de agua de SS.HH. contiguo a su oficina
30	Oficina de liquidación	Condiciones inseguras, 03 oportunidades inundación de agua de SS.HH. contiguo a su oficina

De las vigilancias de los factores de riesgos se tiene que, de las 30 visitas a los servicios programados, y las observaciones están dirigidas a la falta de señales de lugares seguros y de peligro, la recarga de extinguidores en los diversos ámbitos del hospital y en las ambulancias, falta de hábito en el uso de los equipos de protección personal, mantenimiento preventivo de equipos del pirolítico y casa fuerza, reparación de techos y reordenamiento de la sala de espera de los pacientes, para evitar el congestionamiento y prevenir el contagio de enfermedades, tanto en pacientes como en trabajadores.

## Equipos de Protección Personal en Áreas de Hospitalización - HRGDV

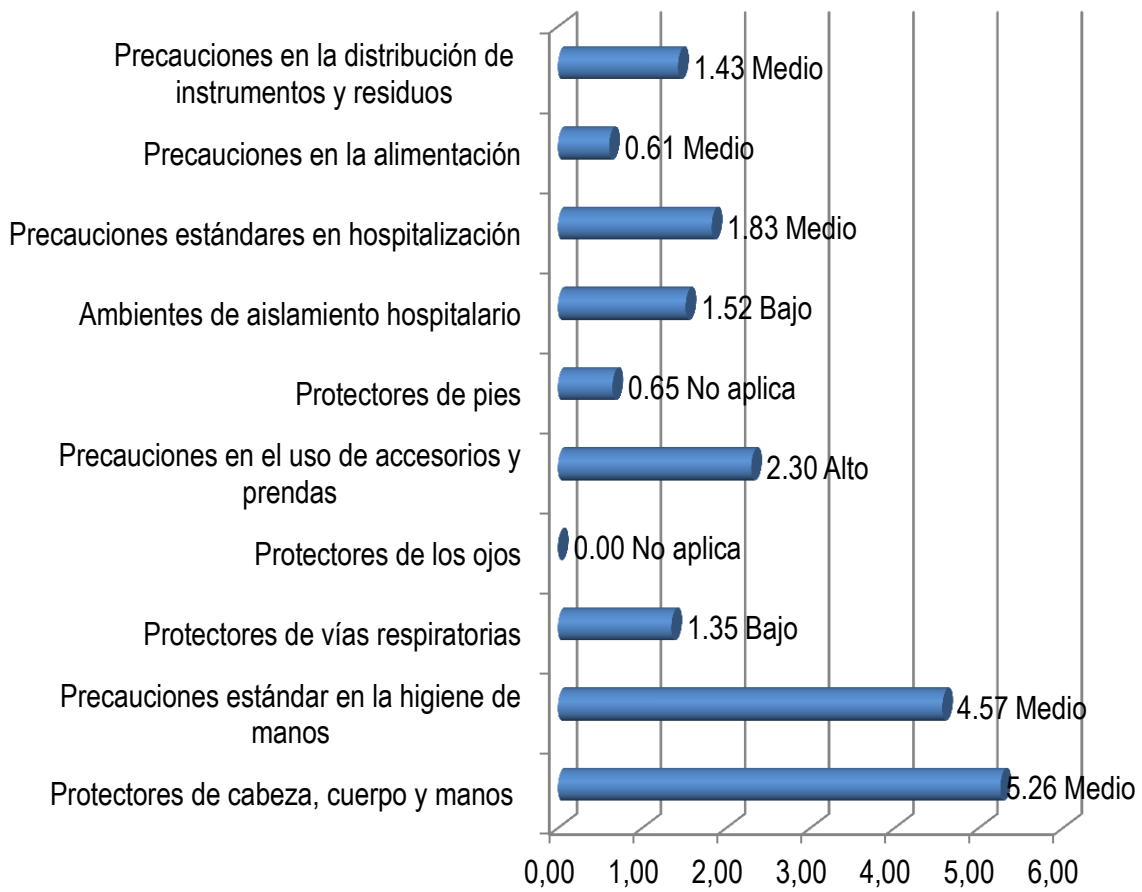
### Neonatología, UCI Neonatal y atención inmediata a recién nacidos, UCI General



A  
S  
I  
S  
2  
0  
1  
6

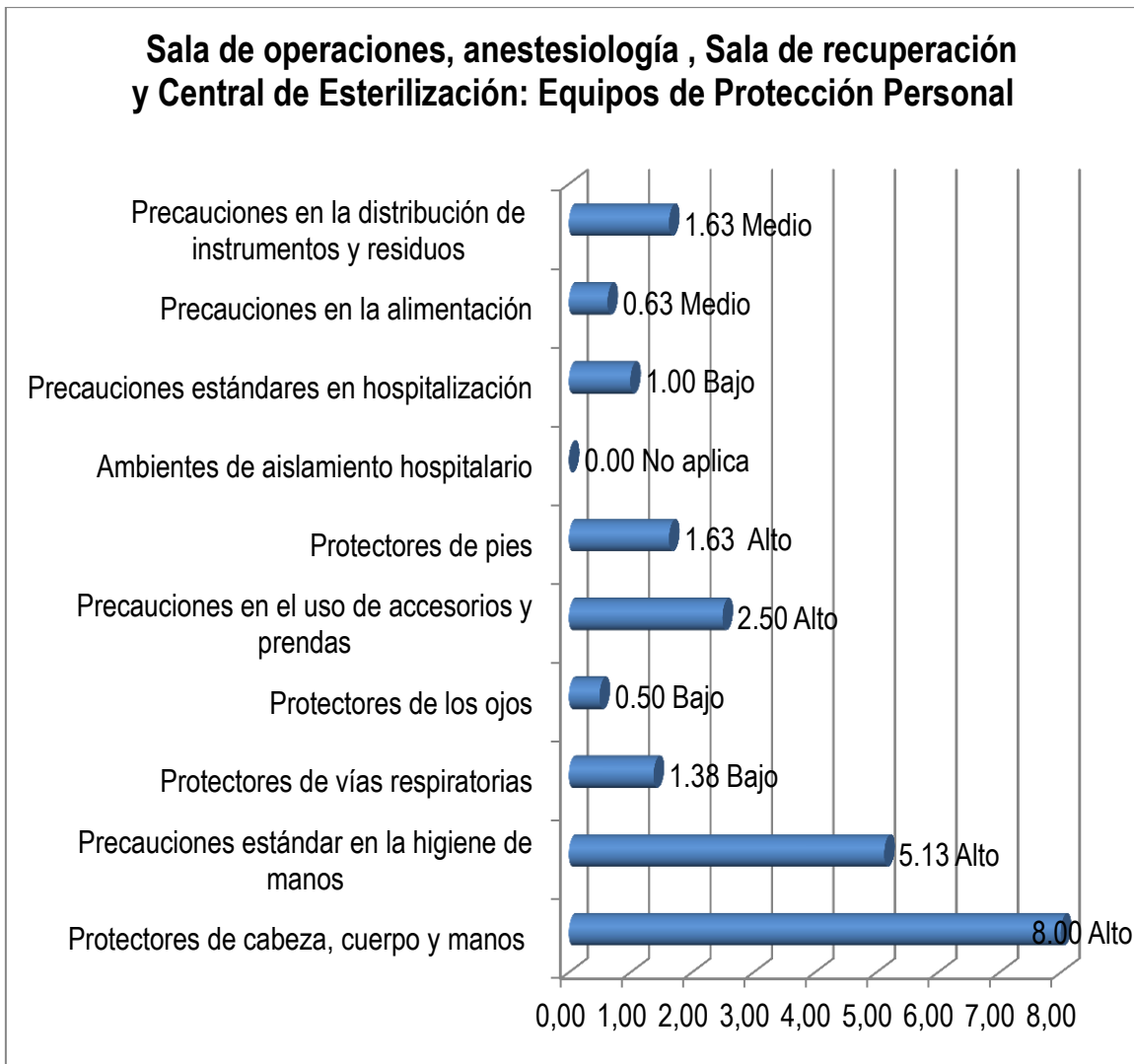
De los servicios Neonatología, UCI Neonatal y atención inmediata a recién nacidos, UCI General se observa que las buenas prácticas en el uso de los equipos de protección personal tiene los siguientes resultados: Protectores de cabeza, cuerpo y manos (8.22 puntos) y precauciones en el uso de accesorios y prendas (2.56 puntos) tienen niveles altos; Mientras que las precauciones en higiene de manos, vías respiratorias, protectores de pies y precauciones estándares en hospitalización tienen niveles medios. En tanto que, las precauciones en la distribución de instrumentos y residuos y precauciones en alimentación los niveles son bajos.

**Cirugía: Equipos de Protección Personal**



Del servicio de Cirugía se observa que las buenas prácticas en el uso de los equipos de protección personal tiene los siguientes resultados: Protectores de cabeza, cuerpo y manos (5.56 puntos); precauciones en el uso de accesorios y prendas (4.57 puntos); precauciones en la alimentación, precauciones estándares en hospitalización, precauciones en higiene de manos tienen niveles medios; mientras que las precauciones para las vías respiratorias, protectores de pies y precauciones estándares en hospitalización tienen niveles bajos.

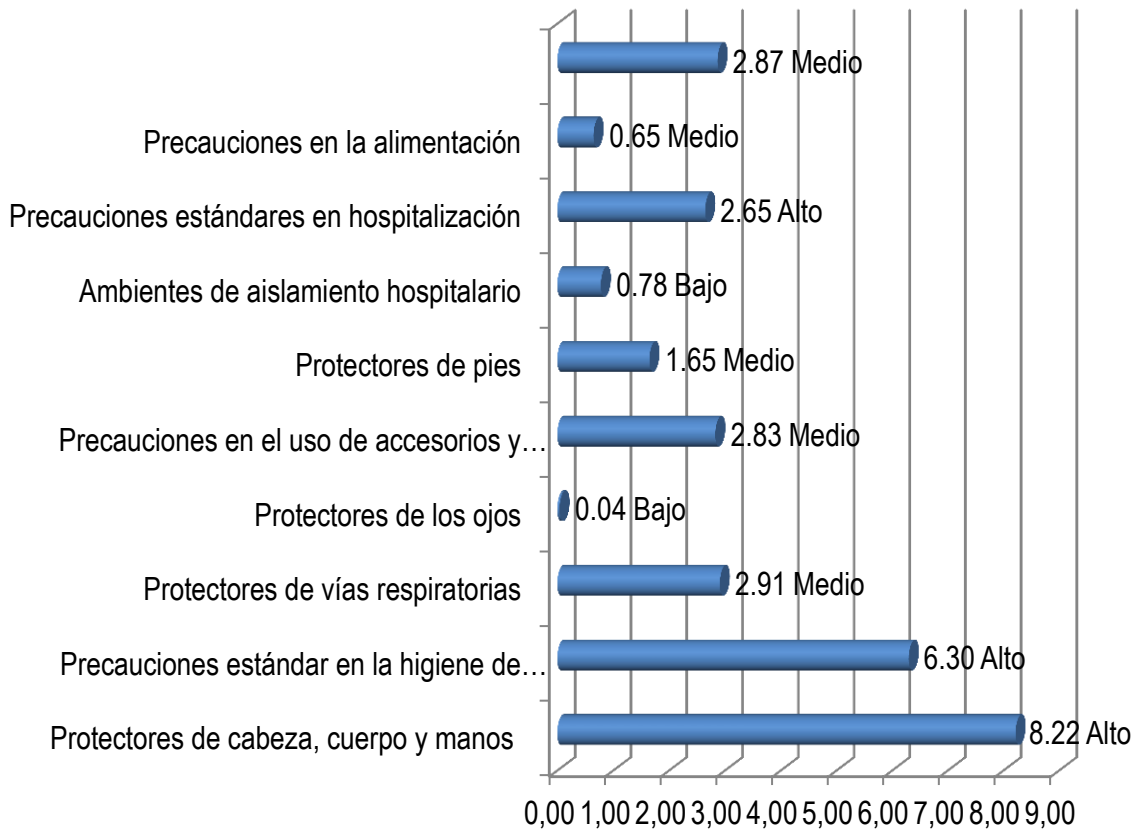
A  
S  
I  
S  
2  
0  
1  
6



De los servicios de Sala de operaciones, anestesiología , Sala de recuperación y Central de Esterilización se observa que las buenas prácticas en el uso de los equipos de protección personal tiene los siguientes resultados: Protectores de cabeza, cuerpo y manos (8.00 puntos) y precauciones en higiene de manos (5.13 puntos); protectores de pies y precauciones en el uso de prendas y accesorios tienen niveles altos; Mientras que las precauciones en alimentación y distribución de residuos tienen niveles medios. En tanto que, uso de protectores de vías respiratorias y de ojos, los niveles son bajos.

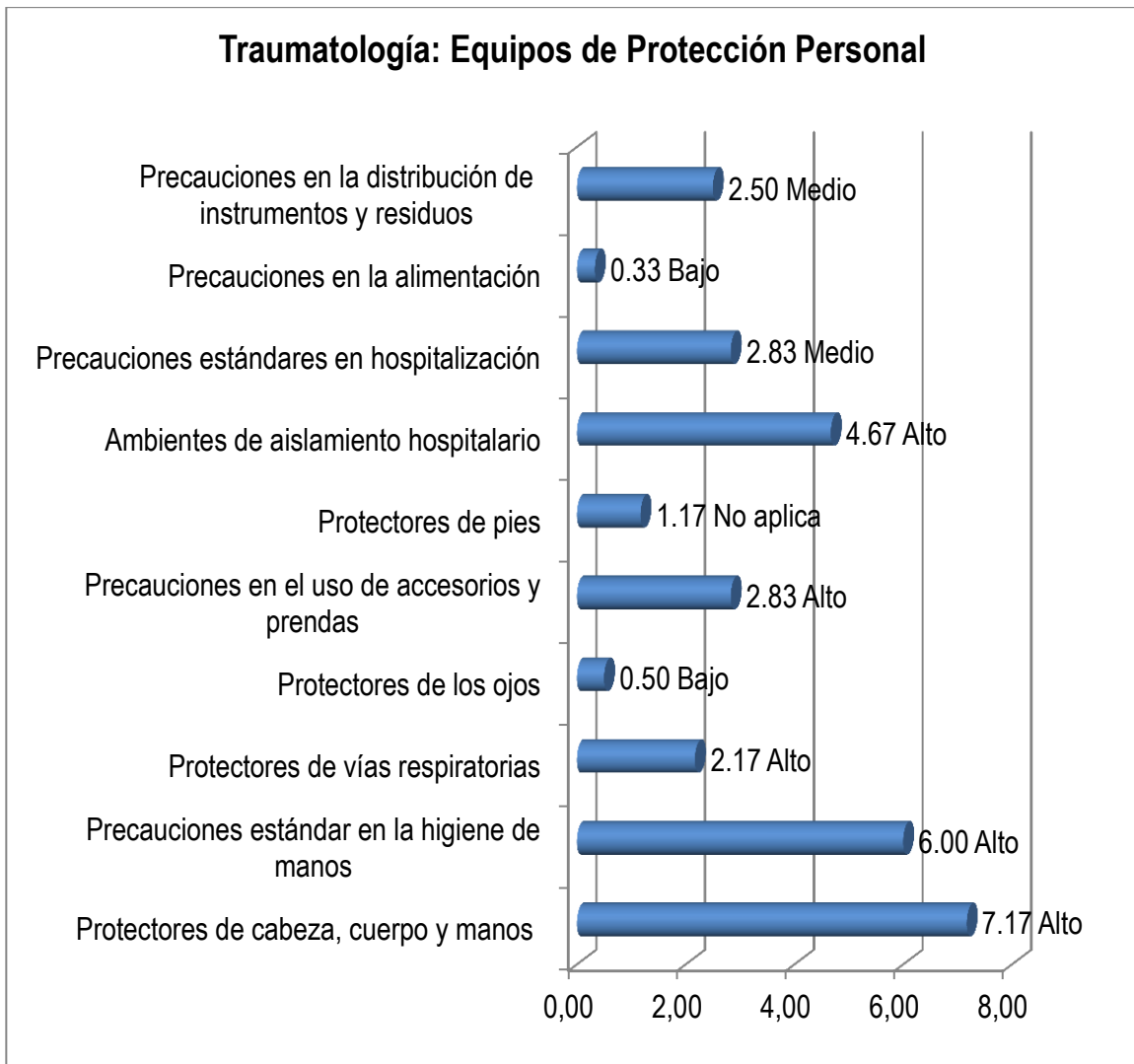


### Emergencia y Trauma-shock: Equipos de Protección Personal

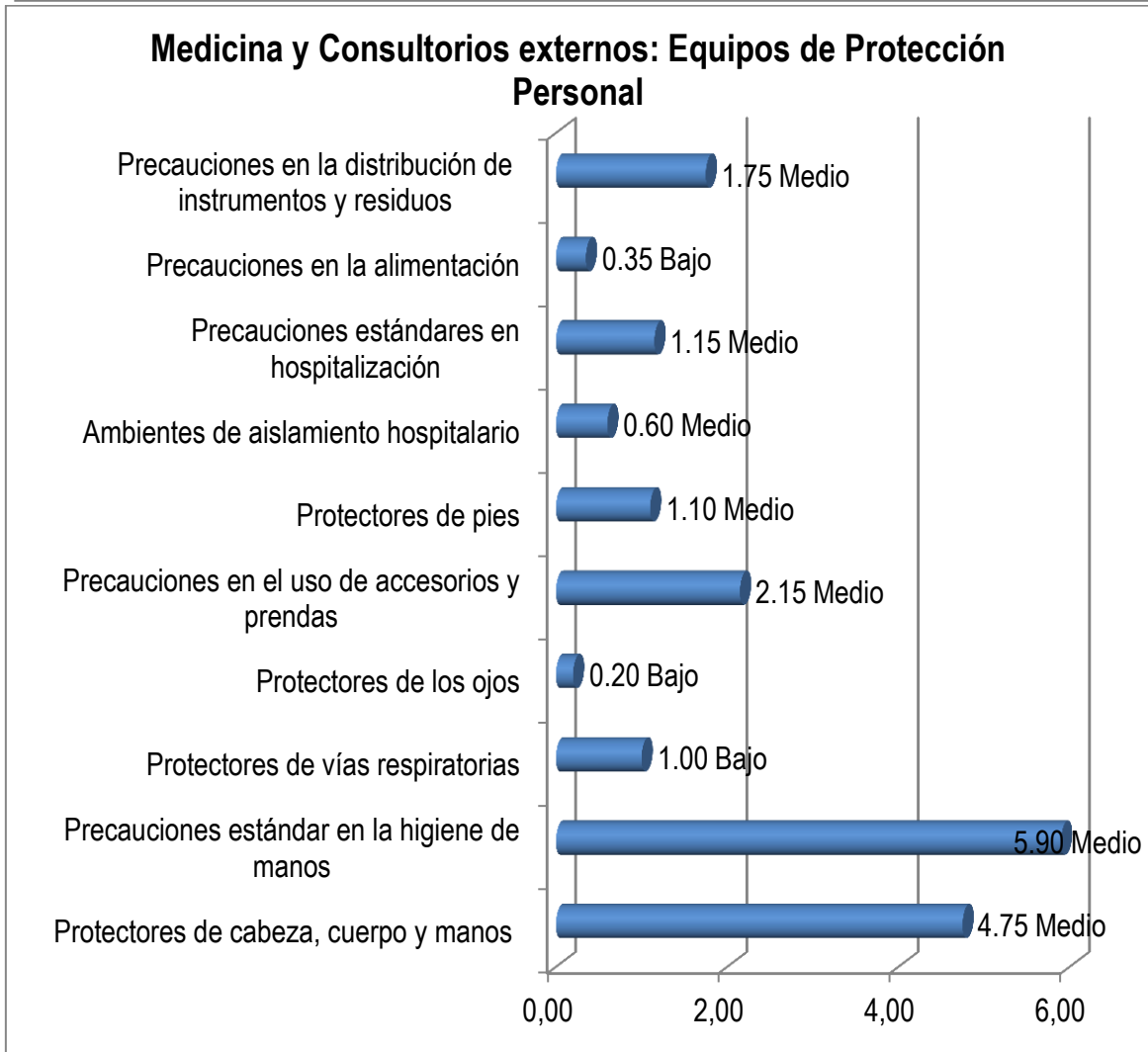


De los servicios Emergencia y Trauma Shock se observa que las buenas prácticas en el uso de los equipos de protección personal tiene los siguientes resultados: Protectores de cabeza, cuerpo y manos y precauciones en la higiene de manos, tienen niveles altos; Mientras que las precauciones en uso de protectores de vías respiratorias, protectores de pies y precauciones en la alimentación tienen niveles medios. En tanto que, las precauciones en el uso de protectores de ojos, los niveles son bajos.

A  
S  
I  
S  
  
2  
0  
1  
6



Del servicio de Traumatología, se observa que las buenas prácticas en el uso de los equipos de protección personal tiene los siguientes resultados: Protectores de cabeza, cuerpo y manos, protectores de vías respiratorias, higiene de manos y precauciones en el uso de accesorios y prendas tienen niveles altos; Mientras que las precauciones en la distribución de residuos tienen niveles medios. En tanto que, las precauciones en uso de protectores de ojos, los niveles son bajos.



De los servicios Neonatología, UCI Neonatal y atención inmediata a recién nacidos, UCI General se observa que las buenas prácticas en el uso de los equipos de protección personal tiene los siguientes resultados: Protectores de cabeza, cuerpo y manos y precauciones en el uso de accesorios y prendas, protectores de pies, tienen niveles altos; Mientras que las precauciones en el uso de protectores de las vías respiratorias, protectores de ojos, y precauciones en la alimentación los niveles son bajos.

## CAPITULO IV

### 4.1. INDICADORES DE GESTION Y EVALUACION DE LAS UNIDADES PRODUCTORAS DE SALUD DEL HRGDV.

#### ANALISIS DE LA OFERTA

A  
S  
I  
S  
2  
0  
1  
6

#### 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

INDICADOR	2012	2013	2014	2015
Rendimiento hora medico	2.5	2.5	3.5	4
Concentración de consultas	3.6	2.6	2.7	4
promedio de análisis de laboratorio por consulta externa	2.1	2.6	2.2	3.1
Promedio de análisis de laboratorio de emergencia	4.3	4.6	4.2	4.6
Promedio de análisis de laboratorio de Hospitalización	4.6	4.4	4	4
Ocupación cama	47.7%	65.08%	66.9%	72.2%
Rendimiento cama	37.61	35.23	47.3	41.6
Estancia hospitalaria	6.69	7.18	6.75	7.5
Intervalo de sustitución	9.69	10.3	7.7	8.8
Promedio de egresos hospitalarios por día	17.93	16.83	21.15	18.39
Rendimiento Sala de Operaciones	63	72	65.2	88
Rendimiento Sala de Operaciones (Cirugías de Emergencia)	23	48	47	33.15
Rendimiento Sala de Operaciones (Cirugías programadas, o electivas)	38	24	68	32
Porcentaje de cirugías suspendidas	0.9	0.7	3	1.16

A  
S  
I  
S  
  
2  
0  
1  
6

Laboratorio y Anatomía Patológica				TOTAL		
	Hospitaliz	Emergenc	C. Externa			
<b>TOTAL DE EXAMENES LABORATORIO</b>	37219	59611	72893			
<b>TOTAL EXAMENES BIOQUÍMICOS</b>	16514	22703	33998			
Colesterol	208	272	3955			
Glucosa	2260	3784	4953			
Creatinina	1836	3932	3867			
Bilirrubina	1952	2458	3196			
Transaminasas	1852	2384	3282			
Fosfata Alcalina	892	1219	1592			
Triglicéridos	120	157	2480			
Otros	7394	8497	10673			
<b>TOTAL EXAMENES HEMATOLÓGICOS</b>	14275	31013	21518			
Hemoglobina y/o Hematocrito	5901	8026	6215			
Hemograma	2703	7158	5066			
Grupo Sanguíneo	1938	1319	2095			
Tiempo Sangría / T. Coagulación y/o Plaquetas	698	6849	2436			
VSG	180	445	441			
Otros	2855	7216	5265			
<b>TOTAL EXAMENES BACTERIOLÓGICOS</b>	2731	1668	5677			
Urocultivo	317	386	454			
Otros Cultivos	438	67	569			
Zeihl Nielsen (BK)	310	37	934			
GRAM (Secrec.Vaginal y Otros)	256	50	724			
Otros	1410	1128	2996			
<b>TOTAL EXAMENES INMUNO SEROLÓGICOS</b>	3431	2731	10001			
Agglutinaciones	59	196	55			
Serológicas	2057	1525	1989			
Test de embarazo	42	503	161			
V D R L	0	0	0			
RPR	38	26	864			
Elisa	73	13	4727			
Prueba Rápida para VIH	24	25	652			
Otros	1138	443	1553			
<b>TOTAL EXAMENES PARASITOLÓGICOS</b>	268	1496	1699			
Parasitológicos de Heces	218	1285	1567			
Gota Gruesa	5	4	2			
Otros Parasitológicos	45	207	130			

Fuente: Servicio de Laboratorio

**REPORTE DE SERVICIOS INTERMEDIOS, DE APOYO Y OTROS SERVICIOS**

Establecimiento de Salud informante:  Mes:   
 Código Renaes:  Año:

Laboratorio y Anatomía Patológica				TOTAL		
	Hospitaliz	Emergenc	C. Externa			
<b>TOTAL EXAMENES CITOLÓGICOS (PAP)</b>	1	0	784			
<b>TOTAL EXAMENES HISTOPATOLÓGICOS (Biopsia)</b>	0	0	0			
<b>TOTAL AUTOPSIA MÉDICO LEGAL</b>	0	0	0			
<b>TOTAL AUTOPSIA CLÍNICA</b>	0	0	0			
<b>TOTAL EXÁMEN COMPLETO DE ORINA</b>	798	3227	3123			

Diagnóstico por Imágenes				TOTAL		
	Hospitaliz	Emergenc	C. Externa			
<b>TOTAL DE EXAMENES IMÁGENES</b>	1488	3668	8941			
Exámenes Fotoradiográficos	0	0	0			
Exámenes Radiográficos	701	2674	3170			
Exámenes Ecográficos	787	994	5771			
Exámenes Tomográficos	0	0	0			
Placas Dentales	0	0	0			
Otros	0	0	0			

Fuente: Servicio de Dx. Imágenes

Nutrición y Dietética				TOTAL		
	Hospitaliz	Emergenc	C. Externa			
<b>TOTAL DE RACIONES</b>	133984	8357	2028			
Para Pacientes	72408	5905	0			
Para Personal	61576	2452	2028			

Fuente: Servicio de Nutrición

Lavandería		Kg.
<b>TOTAL DE KG. ROPA LAVADA</b>		1032570
Hospitalización		888733
Emergencia		102004
Consulta Externa		41833

Fuente: Servicio de Lavandería

Otros Servicios				TOTAL		
	Hospitaliz	Emergenc	C. Externa			
Farmacia: Total de Recetas Despachadas	39763	25351	35213			
Ambulancia: Traslados Efectuados	1149	0	0			

*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.*

#### 4.1.1 HOSPITALIZACION

##### **Número de Camas, Porcentaje de Distribución de Camas, Rendimiento Cama y Días Cama Disponibles por Servicios, HRGDV - 2016**

Servicio	Nº Camas					% Distribución de Camas					Rendimiento Cama					Nº Días Camas Disponibles				
	2012	2013	2014	2015	2016	2012	2013	2014	2015	2016	2012	2013	2014	2015	2016	2012	2013	2014	2015	2016
Medicina	34	38	33	33	35	58,8	57,89	57,6	60,6	46,8	28,94	24,58	42,8	27,5	25,7	12410	13870	12.045	12045	12.775
Traumatología	28	27	26	26	26	67,9	96,30	80,8	84,6	34,9	15,04	19,26	20,0	23,7	23,2	10220	9855	9.490	9490	9.490
Cirugía	30	26	27	27	27	70,0	107,69	85,2	92,6	47,7	29,40	15,04	33,9	33,4	38,7	10950	9490	9.855	9855	9.855
Pediatría	17	13	16	16	14	47,1	92,31	62,5	50,0	43,3	23,76	30,08	23,8	20,4	26,1	6205	4745	5.840	5840	5.110
Neonatología	13	14	12	12	12	53,8	92,86	100,0	108,3	270,8	122,92	117,86	146,8	145,8	145,0	4745	5110	4.380	4380	4.380
Gineco Obstetricia	52	65	49	49	52	15,4	33,85	49,0	57,1	293,2	43,38	34,71	55,7	45,1	46,5	18980	23725	17.885	17885	18.980
<b>Totales==&gt;</b>	<b>174</b>	<b>189</b>	<b>163</b>	<b>163</b>	<b>166</b>	<b>47,7</b>	<b>65,08</b>	<b>66,9</b>	<b>71,2</b>	<b>87,3</b>	<b>37,61</b>	<b>35,23</b>	<b>47,3</b>	<b>41,6</b>	<b>42,6</b>	<b>63510</b>	<b>68985</b>	<b>59.495</b>	<b>59495</b>	<b>60.590</b>

Fuente: Unidad Estadística HRGDV– 2016

En número de camas, ocupación camas, Rendimiento cama y Días cama disponibles por servicios del HRGDV para el año 2016; se tuvo un total de 174 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 2016**

INDICADORES DE SALUD HOSPITALARIOS HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA -2016										
SERVICIOS	TOTAL EGRESOS	Nº DE CAMAS	ESTANCIAS	PROMEDIO DE ESTADIAS	INTERVALO DE SUSTITUCION DE CAMAS	PORCENTAJE DE OCUPACION DE CAMAS	RENDIMIENTO CAMA	Nº DE CAMAS DISPONIBLES	PROMEDIO DIARIO DE EGRESOS	Nº DE PACIENTES DIA
Medicina	901	35	5670	6,29	14,2	57,1	25,7	12775	2,5	20
Traumatología	604	26	7121	11,79	15,7	84,6	23,2	9490	1,7	22
Cirugia	1046	27	6006	5,74	9,4	92,6	38,7	9855	2,9	25
Pediatría	366	14	1810	4,95	13,9	57,1	26,1	5110	1,0	8
Neonatología	1740	12	5806	3,34	2,5	108,3	145,0	4380	4,8	13
Gineco Obstetricia	2417	52	7659	3,17	7,8	53,8	46,5	18980	6,6	28
<b>Totales==&gt;</b>	<b>7074</b>	<b>166</b>	<b>34072</b>	<b>4,82</b>	<b>8,5</b>	<b>69,9</b>	<b>42,6</b>	<b>60590</b>	<b>19,4</b>	<b>116</b>

Fuente: Unidad Estadística, Oficina de Epidemiología HRGDV– 2016

En el año 2016 se tuvieron 7074 egresos hospitalarios; para este año los servicios con mayores egresos hospitalarios fueron el servicio de Gineco-Obstericia 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

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

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 2008–2016**

PORCENTAJE OCUPACIÓN CAMA									
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Medicina	50,00	50,00	52,94	67,65	58,82	57,89	57,58	60,61	57,14
Traumatología	58,33	58,33	53,57	64,29	67,86	96,30	80,77	84,62	84,62
Cirugía	60,00	60,00	53,33	66,67	70,00	107,69	85,19	92,59	92,59
Pediatría	50,00	47,06	47,06	47,06	47,06	92,31	62,50	50,00	57,14
Neonatología	53,85	53,85	53,85	46,15	53,85	92,86	100,00	108,33	108,33
Gineco Obstetricia	19,51	17,78	19,23	13,46	15,38	33,85	48,98	57,14	53,85
<b>Totales==&gt;</b>	<b>45,10</b>	<b>43,67</b>	<b>42,53</b>	<b>47,13</b>	<b>47,70</b>	<b>65,08</b>	<b>66,87</b>	<b>71,17</b>	<b>69,88</b>

Fuente: Unidad Estadística HRGDV – 2016

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 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 – 2011 al 2016.**

Servicio	Egresos 2011		Egresos 2012		Egresos 2013		Egresos 2014		Egresos 2015		Egresos 2016	
	Nº	Egresos/Día	Nº	Egresos/Día	Nº	Egresos/Día	Nº	Egresos/Día	Nº	Egresos/Día	Nº	Egresos/Día
Medicina	825	2,26	974	2,67	934	2,56	1411	3,87	909	2,49	901	2,47
Traumatología	386	1,06	421	1,15	520	1,42	520	1,42	615	1,68	604	1,65
Cirugía	826	2,26	891	2,44	391	1,07	915	2,51	902	2,47	1046	2,87
Pediatría	323	0,88	404	1,11	391	1,07	380	1,04	326	0,89	366	1,00
Neonatología	1358	3,72	1598	4,38	1650	4,52	1762	4,83	1750	4,79	1740	4,77
Gineco Obstetricia	1934	5,30	2257	6,18	2256	6,18	2730	7,48	2210	6,05	2417	6,62
<b>Total</b>	<b>5652</b>	<b>15,48</b>	<b>6545</b>	<b>17,93</b>	<b>6659</b>	<b>16,83</b>	<b>7718</b>	<b>21,15</b>	<b>6785</b>	<b>18,39</b>	<b>7074</b>	<b>19,38</b>

Fuente: Unidad Estadística HRGDV – 2011-2016

Los Egresos Día según Servicio, Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega – 2011 al 2016; 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 – 2012-2016**

SERVICIOS	PROMEDIO DE ESTADIA				
	2012	2013	2014	2015	2016
Medicina	9,3	5,1	7,6	7,6	6,3
Traumatología	13,7	12,0	20,3	12,3	11,8
Cirugia	9,6	14,0	12,3	6,7	5,7
Pediatría	8,4	6,0	9,8	4,8	4,9
Neonatología	5,1	4,3	5,9	4,4	3,3
Gineco Obstetricia	6,5	3,8	4,3	3,6	3,2
<b>Totales==&gt;</b>	<b>7,5</b>	<b>5,2</b>	<b>7,6</b>	<b>5,7</b>	<b>4,8</b>

Fuente: Unidad Estadística HRGDV– 2012 - 2016

A  
S  
I  
S  
  
2  
0  
1  
6

Promedio de estancia hospitalaria por servicios del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega del año 2012 al 2016; 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 – 2012-2016.**

Intervalo de Sustitución					
Servicio	2012	2013	2014	2015	2016
Medicina	12,6	14,8	8,5	13,2	14,2
Traumatología	24,2	18,9	18,2	15,4	15,7
Cirugia	12,4	24,2	10,7	10,9	9,4
Pediatría	15,3	12,1	15,3	17,9	13,9
Neonatología	3,0	3,1	2,5	2,5	2,5
Gineco Obstetricia	8,4	10,5	6,5	8,1	7,8
<b>Total</b>	<b>9,7</b>	<b>10,3</b>	<b>7,7</b>	<b>8,8</b>	<b>8,5</b>

Fuente: Unidad Estadística HRGDV – 2016

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.

## 4.2. INDICADOR DE CLIMA ORGANIZACIONAL

### RESULTADO GLOBAL INDICADOR DE CLIMA ORGANIZACIONAL 2015-2016

VARIABLE / DIMENSION	RANGO DE PUNTUACION	EVALUACION DE LA PUNTUACIÓN			PUNTUACION	EVALUACION DE CLIMA	CLIMA ADVERSO [0 a 1]	PRIORIDAD DE INTERVENCIÓN
		No Saludable	Por mejorar	Saludable				
<b>CLIMA ORGANIZACIONAL</b>	28 a 112	Menos de	56 a 84	Más de 84	69,85	Por Mejorar	0,502	*
<b>Var 1 CULTURA DE LA ORGANIZACIÓN</b>	8 a 32	Menos de 16	16 a 24	Más de 24	21,74	Por Mejorar	0,428	
Dim 2 Conflicto y Cooperación	2 a 8	Menos de 4	4 a 6	Más de 6	4,54	Por Mejorar	0,577	1
Dim 8 Motivación	3 a 12	Menos de 6	6 a 9	Más de 9	7,49	Por Mejorar	0,501	2
Dim 5 Identidad	3 a 12	Menos de 6	6 a 9	Más de 9	9,71	Saludable	0,254	3
<b>Var 2 DISEÑO ORGANIZACIONAL</b>	9 a 36	Menos de 18	18 a 27	Más de 27	23,67	Por Mejorar	0,685	
Dim 10 Remuneración	2 a 8	Menos de 4	4 a 6	Más de 6	3,56	No Saludable	0,741	1
Dim 11 Toma de Decisiones	2 a 8	Menos de 4	4 a 6	Más de 6	4,89	Por Mejorar	0,518	2
Dim 1 Comunicación Organizacional	3 a 12	Menos de 6	6 a 9	Más de 9	8,37	Por Mejorar	0,403	3
Dim 4 Estructura	2 a 8	Menos de 4	4 a 6	Más de 6	6,85	Saludable	0,192	4
<b>Var 3 POTENCIAL HUMANO</b>	11 a 44	Menos de 22	22 a 33	Más de 33	24,43	Por Mejorar	0,593	
Dim 9 Recompensa	3 a 12	Menos de 6	6 a 9	Más de 9	5,79	No Saludable	0,690	1
Dim 7 Liderazgo	2 a 8	Menos de 4	4 a 6	Más de 6	4,35	Por Mejorar	0,609	2
Dim 6 Innovación	4 a 16	Menos de 8	8 a 12	Más de 12	9,13	Por Mejorar	0,572	3
Dim 3 Confort	2 a 8	Menos de 4	4 a 6	Más de 6	5,16	Por Mejorar	0,473	4

FUENTE: (Unidad De Calidad) ENCUESTA APLICADA EQUIPO TECNICO CLIMA ORGANIZACIONAL – 2015 – 2016.

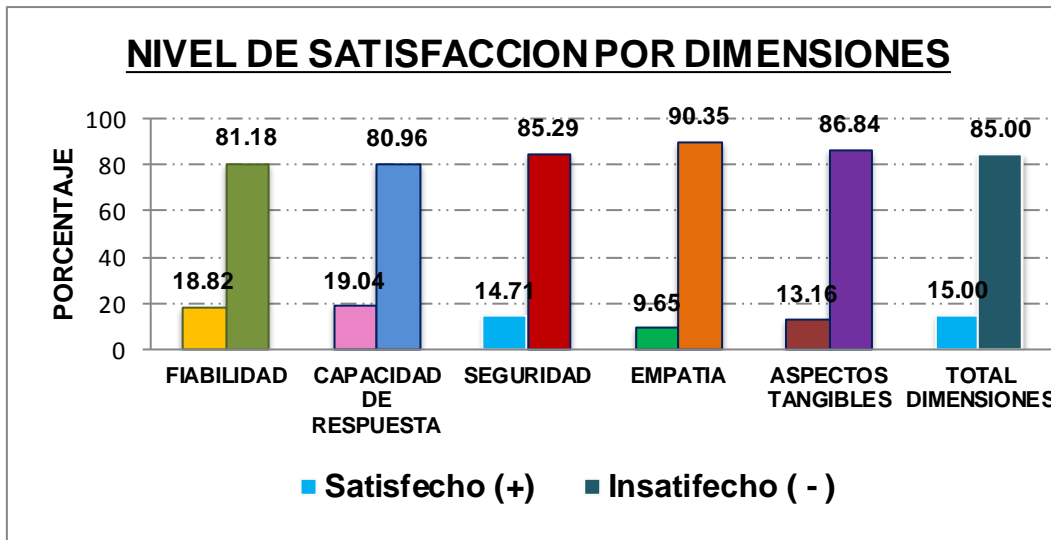
Este cuadro presenta el resumen de la evaluación del indicador de clima organizacional, por variables y dimensiones, rangos de puntuación, evaluación de la puntuación para ser catalogada como No saludable, por mejorar y Saludable, así como la determinación de clima adverso y el nivel de prioridad para ser intervenidas.

Como resultado de clima organizacional se alcanzó la puntuación de **69.85**, como evaluación de clima indica **por mejorar**. Al analizar si el clima es adverso resultado de la puntuación que cuanto más cercano a cero menor clima adverso y cuanto más cercano a 1 mayor clima adverso; el resultado de este estudio alcanzó la puntuación de **0.502**, significando como evaluación de clima también **por mejorar**.

RESULTADO DEL NIVEL DE SATISFACCION DE LOS USUARIOS  
EXTERNOS DE LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL  
REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA ABANCAY

METODOLOGIA SERVQUAL

DICIEMBRE – 2014



Fuente: (Unidad de Calidad) Encuestas UGC Octubre – Noviembre 2014.

Los resultados que se presentan en este gráfico, son el nivel de satisfacción e insatisfacción alcanzado por dimensiones, es así que la dimensión que mayor porcentaje de satisfacción alcanzó es la dimensión capacidad de respuesta solamente con un porcentaje del 19,04% y de insatisfacción del 80,96%, mientras que la dimensión que consigue el menor porcentaje de satisfacción fue la dimensión empatía con el 9,65% y un 90,35% de nivel de insatisfacción.

En términos globales el nivel de satisfacción resultado de la diferencia entre lo percibido o sea a como “ha recibido” la atención el encuestado en el servicio de emergencia y la expectativa o sea a “la importancia” que el usuario le otorga a la atención que espera recibir en el servicio de emergencia; porcentualmente obtiene solamente el **15% de satisfacción** y un contundente **85% de insatisfacción**.

❖ La encuesta SERVQUAL modificada considera las siguientes dimensiones:

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. Preguntas del 6 al 9.

3. **Seguridad:** Destreza 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:** Capacidad para ponerse en el lugar del otro, atención individualizada al usuario. Preguntas del 14 al 18.
5. **Aspectos Tangibles:** La apariencia de las instalaciones físicas, equipos, personal y material de información. Preguntas del 19 al 22.

**A  
S  
I  
S  
  
2  
0  
1  
6**

**SATISFACION DEL USUARIO DE EMERGENCIA SEGÚN PREGUNTAS  
 MATRIZ DE MEJORA**

N°	CLAVE	PREGUNTAS	SATISFECHO (+)		INSATISFECHO (-)	
			N°	%	N°	%
1	P15	Que el personal de emergencia le muestre interés para solucionar cualquier dificultad que se presente durante su atención.	25	7,4	315	92,65
2	P13	Que el problema de salud por el cual será atendido se resuelva o mejore.	26	7,6	314	92,35
3	P19	Que los carteles, letreros y flechas del servicio de emergencia sean adecuados para orientar a los pacientes.	27	7,9	313	92,06
4	P20	Que la emergencia cuente con personal para informar y orientar a los pacientes.	31	9,1	309	90,88
5	P14	Que el personal de emergencia le trate con amabilidad, respeto y paciencia.	31	9,1	309	90,88
6	P18	Que usted comprenda la explicación que el médico le brindará sobre el tratamiento que recibirá: tipo de medicamentos, dosis y efectos adversos.	33	9,7	307	90,29
7	P16	Que usted comprenda la explicación que el médico le brindará sobre el problema de salud o resultado de la atención.	36	10,6	304	89,41
8	P17	Que usted comprenda la explicación que el médico le brindará sobre los procedimientos o análisis que le realizarán.	39	11,5	301	88,53
9	P7	Que la atención para tomarse los análisis de laboratorio sea rápida.	44	12,9	296	87,06
10	P1	Que los pacientes sean atendidos inmediatamente a su llegada a emergencia, sin importar su condición socio económica.	44	12,9	296	87,06
11	P2	Que la atención en emergencia se realice considerando la gravedad de la salud del paciente.	47	13,8	293	86,18
12	P12	Que el médico realice un examen físico completo y minucioso por el problema de salud por el cual será atendido.	50	14,7	290	85,29
13	P8	Que la atención para tomarse los exámenes radiológicos (radiografías, ecografías, otros) sea rápida.	53	15,6	287	84,41
14	P10	Que el médico le brinde el tiempo necesario para contestar sus dudas o preguntas sobre su problema de salud.	54	15,9	286	84,12
15	P22	Que los ambientes del servicio de emergencia sean limpios y cómodos.	59	17,4	281	82,65
16	P4	Que el médico mantenga suficiente comunicación con usted o sus familiares para explicarles el seguimiento de su problema de salud.	60	17,6	280	82,35
17	P21	Que la emergencia cuente con equipos disponibles y materiales necesarios para su atención.	62	18,2	278	81,76
18	P6	Que la atención en caja o módulo de admisión rápida.	64	18,8	276	81,18
19	P11	Que durante su atención en emergencia se respete su privacidad.	70	20,6	270	79,41
20	P3	Que su atención en emergencia esté a cargo del médico	71	20,9	269	79,12
21	P9	Que la atención en la farmacia de emergencia sea rápida.	98	28,8	242	71,18
22	P5	Que la farmacia de emergencia cuente con los medicamentos que recetará el médico.	98	28,8	242	71,18
<b>PORCENTAJE TOTAL</b>			15%		85%	

Fuente: (Unidad de Calidad) Encuestas UGC Octubre – Noviembre 2014.

Este cuadro nos muestra el nivel de satisfacción e insatisfacción, a través de un cuadro de MATRIZ DE MEJORA, en la que se ordenan los resultados de la encuesta por preguntas, del mayor porcentaje de insatisfacción al menor.

La matriz de mejora presenta valores para priorizar 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.

Los porcentajes que se presentan en este cuadro del total de las 22 preguntas (expectativas y percepciones), obtienen resultados mayores al 60% de insatisfacción, o sea indica por mejorar el 100% de las preguntas que están relacionadas con los procesos de atención en los servicios de emergencia de nuestro hospital.

Los aspectos que encuentran **mayor insatisfacción** en los usuarios son en primer lugar: lo relacionado a “que el personal de emergencia le muestre interés para solucionar cualquier dificultad que se presente durante su atención” alcanza un 92,65% de insatisfacción, seguido de “que el problema de salud por el cual será atendido se resuelva o mejore” obtiene un 92,35% de insatisfacción; en tercer lugar se encuentra la pregunta dirigida a los “aspectos de señalización que sean adecuados para su orientación”, alcanza un porcentaje del 92,06% de insatisfacción.

Otro aspecto que origina insatisfacción en los pacientes es la pregunta con respecto a “que el servicio de emergencia cuente con personal para informar y orientar a los pacientes” el nivel de insatisfacciones es del 90,88%.

Otras preguntas que alcanzan más del 90% de insatisfacción son con respecto al tipo de atención: “que el personal de emergencia le trate con amabilidad, respecto y paciencia” y “que comprenda la explicación que le brindará el médico sobre el tratamiento que recibirá, tipo de medicamentos, dosis y efectos adversos”.

En conclusión todas las preguntas obtuvieron muy altos porcentajes de insatisfacción de parte de los usuarios externos o pacientes, que se atienden en los servicios de emergencia de nuestro hospital.

## CONCLUSIONES

La información general con respecto al usuario encuestado es el siguiente:

1. La información proviene del 74% de usuarios directamente atendidos y el 26% de los familiares o acompañantes. El 71% de los encuestados cuentan con edades entre 18 a 39 años. El 65% son del sexo femenino y el 35% del sexo masculino.
2. Con respecto al nivel de estudio de los encuestados el 42% tiene secundaria, el 24% tiene primaria y un 22% cuenta con nivel de estudio superior universitario.
3. Del 100% de usuarios encuestados el 44% son continuadores en la atención y 56% usuarios nuevos.
4. El 85% de los usuarios encuestados son beneficiados por el SIS.
5. Los servicios que tienen mayor concentración de atención en los servicios de emergencia son las especialidades médicas de medicina interna y Gineco-obstetricia, según nuestro se encuestó a 80 usuarios por especialidad, mientras que se aplicaron 60 encuestas a cada especialidad médica: pediatría, traumatología y cirugía.
6. La encuesta con respecto a la información general, no considera aspectos importantes como el lugar de procedencia, la condición de referencia del paciente de otro establecimiento de salud.

### **Con respecto al nivel de satisfacción en los servicios de emergencia por especialidad médica, se concluye en los siguientes resultados:**

1. La dimensión de **fiabilidad**, alcanza el porcentaje global del 81,18% de insatisfacción, y sólo un 18,8% de usuarios satisfechos con la atención, en esta dimensión sobresa con el 28,8% de satisfacción, la pregunta respecto a que la farmacia de emergencia cuenta con medicamentos que recetó el médico.
2. **Capacidad de Respuesta**, en esta dimensión la insatisfacción del usuario se traduce en el 80,96%, y un 19,04% como satisfecho; la atención en la farmacia de emergencia por ser rápida desde la percepción del usuario alcanza el 28,82% de satisfacción.
3. En relación a la dimensión **seguridad**, la percepción del usuario encuestado se manifiesta en el resultado global de insatisfacción del 85,29% y un 14,71% de satisfacción. La pregunta que se distingue en



porcentaje aun no siendo el estándar deseado es la referente al respeto de la privacidad en la atención que solamente obtiene el 29,59% de satisfacción.

4. Dentro de la dimensión **empatía**, se contemplan varias preguntas que tienen el menor nivel de satisfacción en relación al resto de interrogantes, en forma global esta dimensión alcanza el 90,35% de insatisfacción y solamente se cuenta con un mínimo de 9,65% de usuarios satisfechos. La pregunta aun con muy bajísimo porcentaje de satisfacción es respecto a la comprensión que tiene el usuario con respecto a la explicación del médico en relación a los procedimientos o análisis que le realizaron, en porcentaje se traduce en un 11,47%.
5. Finalmente la dimensión **aspectos tangibles**, en forma global obtiene un 86,84% de insatisfacción, mientras que únicamente el 13,16% se encuentran satisfechos. El usuario que acude para recibir la atención en los servicios de emergencia se encuentran satisfecho solamente en el 18,24% con los equipos disponibles y materiales necesarios para su atención.
6. El análisis del nivel de insatisfacción por dimensiones nos muestra porcentajes muy elevados que van del 80,96% (**capacidad de respuesta**) hasta cifras del 90,35% en la dimensión de **empatía**.
7. El nivel de satisfacción por especialidad médica, según dimensiones es muy bajísimo, encontramos un 22% de satisfacción en la dimensión capacidad de respuesta como mayor porcentaje alcanzado por el servicio de medicina interna.
8. El nivel de satisfacción global según las cinco dimensiones en resumen por especialidad médica alcanzaron porcentajes de la siguiente manera: medicina interna alcanzo el mayor porcentaje de satisfacción con solo un 17.8%, seguido por cirugía con 17.5%, traumatología alcanzó un 16.2%, pediatría con 13.7% y gineco-obstetricia con un 10.9%.
9. En el cuadro matriz de mejora, los porcentajes de insatisfacción se encuentran por encima del 90% y 92%, el mayor nivel de insatisfacción por pregunta está relacionado a la dimensión empatía, preguntas respecto al interés que muestra el personal al atender al paciente, el trato con amabilidad, respeto y paciencia, que el médico le explique acerca del tratamiento que indica.

Las otras preguntas corresponden a la dimensión seguridad, que se refieren a que el problema de salud por el cual se atiende el paciente sea resuelto y mejor.

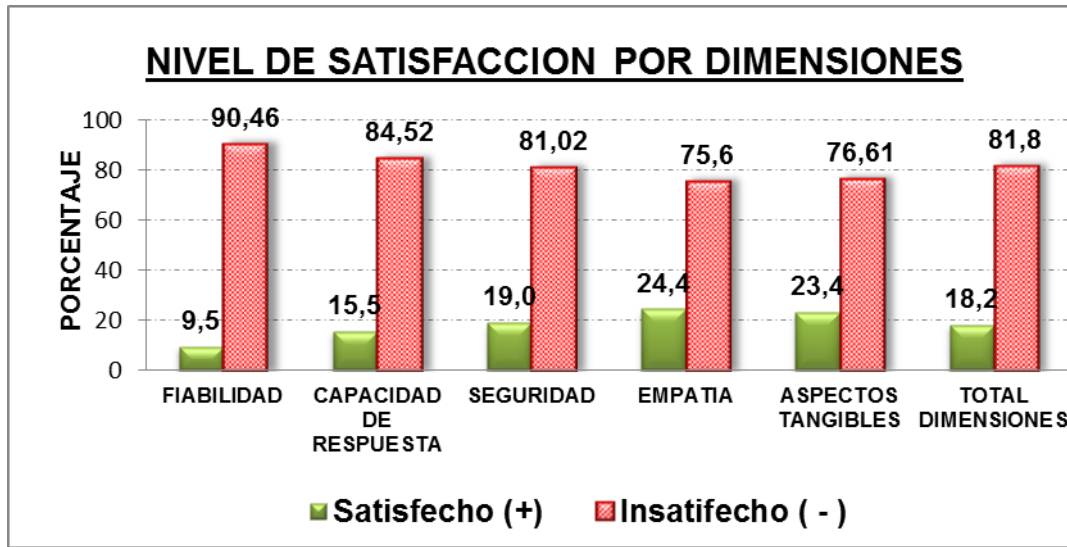
La otra dimensión: aspectos tangibles está relacionada con aspectos de señalización y orientación a los usuarios en los servicios de emergencia.

## RESULTADO DEL NIVEL DE SATISFACCION DE LOS USUARIOS DEL LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACION DEL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA ABANCAY

### METODOLOGIA SERVQUAL

DICIEMBRE 2014 - MARZO 2015

A  
S  
I  
S  
2  
0  
1  
6



Fuente: (Unidad de Calidad) Encuestas UGC: Dic. 2014 - Marzo 2015.

Los resultados que se presentan en este gráfico, son el nivel de satisfacción e insatisfacción alcanzado por dimensiones, correspondiente a los 440 pacientes encuestados de los diferentes servicios de hospitalización de nuestra institución.

La dimensión “empatía” alcanza el mayor nivel de satisfacción de los usuarios encuestados obteniendo un 24,4% y un nivel de insatisfacción del 75,6%.

El 23,4% de satisfacción de los usuarios, corresponde a la dimensión “aspectos tangibles”, pero también alcanza un 76,61% de nivel de insatisfacción.

La dimensión “seguridad”, que corresponde a la forma de transmitir credibilidad en el proceso de atención a los pacientes solo alcanza el 19% de satisfacción según los encuestados mientras que el nivel de insatisfacción es elevado: 81,02%.

Otra dimensión que obtiene un bajo nivel de satisfacción es la “capacidad de respuesta”, solo alcanza un 15,5%, por el contrario alcanza también un elevado nivel de insatisfacción con un 84,52%.

La dimensión “fiabilidad”, que contiene interrogantes con respecto al nivel de comunicación que se debe establecer entre paciente médico, obtiene el menor nivel de satisfacción, con un 9,5%, y consigue una percepción elevada de insatisfacción del 90%.

### SATISFACION EN LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACION POR PREGUNTAS

Nº	CLAVE	PREGUNTAS	SATISFECHOS (+)		INSATISFECHOS (-)	
			Nº	%	Nº	%
1	P04	¿Usted comprendió la explicación que los médicos le brindaron sobre los resultados de los análisis de laboratorio que realizaron?	23	5,3	413	94,72
2	P03	¿Usted comprendió la explicación de los médicos sobre los medicamentos que recibió durante su hospitalización: beneficio y efectos adversos?	25	6,2	318	93,84
3	P05	¿Al alta, usted comprendió la explicación que los médicos le brindaron sobre los medicamentos y los cuidados para su salud en casa?	32	7,3	404	92,66
4	P09	¿Los trámites para el alta fueron rápidos?	32	7,3	404	92,66
5	P02	¿Usted comprendió la explicación que el médico le brindó sobre la evolución de su problema de salud por el cual permaneció hospitalizado?	44	10,1	392	89,91
6	P06	¿Los trámites para su hospitalización fueron rápidos?	59	13,5	377	86,47
7	P13	¿Durante su hospitalización se respetó su privacidad?	74	17	362	83,03
8	P01	¿Durante su hospitalización recibió visita médica todos los días?	74	18	336	81,95
9	P12	¿Se mejoró o resolvió el problema de salud por el cual se hospitalizó?	82	18,8	354	81,19
10	P07	¿Los análisis de laboratorio solicitados por los médicos se realizaron rápido?	87	20	349	80,05
11	P11	¿Los alimentos le entregaron a temperatura adecuada de manera higiénica?	87	20	349	80,05
12	P10	¿Los médicos mostraron interés para mejorar o solucionar su problema de salud?	88	20,2	348	79,82
13	P17	¿El trato del personal encargado de los trámites de admisión o alta fue amable, respetuoso y con paciencia?	88	20,2	348	79,82
14	P20	¿Los servicios higiénicos para los pacientes estuvieron limpios?	94	21,6	342	78,44
15	P22	¿La ropa de cama, colchón y frazadas fueron adecuados?	95	21,8	341	78,21
16	P15	¿El trato de los médicos fue amable, respetuoso y con paciencia?	107	24,5	329	75,46
17	P16	¿El trato del personal de nutrición fue amable, respetuoso y con paciencia?	107	24,5	329	75,46
18	P19	¿Los ambientes del servicio fueron cómodos y limpios?	109	25	327	75
19	P21	¿Los equipos estuvieron disponibles y se contó con materiales necesarios para su atención?	110	25,2	326	74,77
20	P18	¿El personal de enfermería/obstetricia, mostró interés en solucionar cualquier problema durante su hospitalización?	112	25,7	324	74,31
21	P14	¿El trato del personal de obstetricia/enfermería fue amable, respetuoso y con paciencia?	119	27,3	317	72,71
22	P08	¿Los exámenes radiológicos (rayos X, ecografías, tomografías, otros) se realizaron rápido?	92	30,2	213	69,84
<b>PORCENTAJE TOTAL</b>			<b>18,50%</b>		<b>81,50%</b>	

Fuente: (Unidad de Calidad) Encuestas UGC: Dic. 2014 - Marzo 2015.

Los resultados aquí presentados, nos muestra el nivel de satisfacción e insatisfacción, a través de un cuadro de MATRIZ DE MEJORA, en la que se ordenan los resultados de la encuesta por preguntas, del mayor porcentaje de insatisfacción al menor.

La matriz de mejora presenta valores para priorizar 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.

Los porcentajes que se presentan en este cuadro del total de las 22 preguntas (expectativas y percepciones), obtienen resultados mayores al 60% de insatisfacción, o sea indica por mejorar el 100% de los procesos según corresponda cada pregunta.

Los aspectos que encuentran **mayor insatisfacción** desde la percepción de los usuarios, son las preguntas relacionadas a la comprensión de parte del usuario respecto a la explicación del médico, con relación a los resultados de los exámenes de laboratorio; sobre la administración de medicamentos tomando en cuenta sus beneficios como los efectos adversos y la información brindada al momento del alta y las respectivas indicaciones. Así como la evolución de su problema de salud. Alcanzan niveles de insatisfacción entre el 94.72%, 93.84%, 92.66% y 89.91%.

Actividades relacionadas a los procesos de hospitalización y alta, también alcanzaron los mayores porcentajes de insatisfacción entre el 86,47% y 92,66% respectivamente.

El respeto de la privacidad según la percepción del usuario, alcanza niveles de insatisfacción del orden del 83,03%.

No se consideran satisfechos con la visita médica, se obtiene un 81,95% de insatisfacción.

El 81,19% de los encuestados no percibieron la mejoría o solución de su problema de salud por el que fue hospitalizado.

Con respecto a efectivizar los exámenes de laboratorio de forma rápida se tiene un nivel de insatisfacción del 80,05%.

En forma general las 22 preguntas que tiene relación directa con el proceso de atención en los diferentes servicios de hospitalización alcanza un nivel de satisfacción del 18,50% y como insatisfacción con un 81,50%.

## CONCLUSIONES

La información general con respecto al usuario encuestado es el siguiente:

7. El 72% de la información proviene de fuente directa, el 28% es proporcionado por un acompañante: la madre. Las edades de los encuestados fluctúan entre 18 a 29 años en el 41%, de 30 a 39 años en el 25%. El 76% de los encuestados corresponde al sexo femenino.
8. Los usuarios encuestados cuentan con grado de instrucción secundaria en el 42%, superior un 27%.
9. La atención de los usuarios hospitalizados es asumida por el aseguramiento universal de salud – seguro integral de salud en el 95%.
10. Los servicios que tienen la mayor rotación de pacientes son medicina, cirugía y puerperio - alto riesgo obstétrico, a cada servicio correspondió el 18% del total de la muestra, sumados los tres de siete servicios de hospitalización encuestados, corresponde el 54% de las encuestas aplicadas.
11. Con respecto al tiempo de hospitalización, en promedio se tiene 6.4 días de hospitalización. El 59% de los encuestados estuvo hospitalizado entre 01 y 05 días.
12. La encuesta con respecto a la información general, no considera aspectos importantes como el lugar de procedencia, la condición de referencia del paciente de otro establecimiento de salud.

Con respecto a la calidad de atención en los servicios de hospitalización, se concluye en los siguientes resultados:

10. La dimensión de **fiabilidad**, alcanza el porcentaje global más alto de insatisfacción con un 90.46%, y sólo un 9.5% de usuarios satisfechos con la atención. Las preguntas planteadas en esta dimensión, buscan medir la percepción que tiene el usuario con respecto a la comunicación que debe existir entre médico y paciente específicamente.
11. **Capacidad de Respuesta**, en esta dimensión se busca medir como percibe el usuario la disposición de los servicios que ofertamos, el nivel de insatisfacción alcanza el 84.52% y solamente un 15,5% se encontró satisfecho. La rapidez de los exámenes de rayos X, ecografía y otros relacionados, alcanzaron el mayor porcentaje de satisfacción con un 21.1%.
12. 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 elevados niveles de

insatisfacción alcanzando el 81,02% y como satisfechos tenemos un 19% de usuarios. El interés que mostro el médico para mejorar o solucionar su problema de salud destaca con un 20,2% de satisfacción, al igual que la atención de los alimentos a una temperatura adecuada e higiénica también alcanza un 20% de satisfacción.

13. 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 menor porcentaje de insatisfacción obtiene un 75,55%, y se obtiene un 24,4% de usuarios satisfechos. Destaca el trato que brinda el personal de obstetricia y enfermería según servicio con un 27.3% de satisfacción. El trato que brinda el médico y personal de nutrición alcanzan ambos el 24,5% de satisfacción.
14. Finalmente la dimensión **aspectos tangibles**, que considera aspectos como, apariencia de las instalaciones físicas, equipos, insumos para la atención. En forma global esta dimensión alcanza un 76,61% de insatisfacción, y solo se tiene un 23,4% de satisfacción. La pregunta dirigida acerca de los ambientes si fueron cómodos y limpios obtiene un 25% de satisfacción, de igual manera con un 25,2% de satisfacción se encuentra la pregunta dirigida a conocer la percepción del usuario con respecto a la disposición de los equipos y materiales necesarios para su atención.
15. En forma global los servicios de hospitalización de nuestra institución solamente alcanzaron un **18,50% de satisfacción** y un elevado **81,50% de insatisfacción**. En el cuadro matriz de mejora, el mayor nivel de insatisfacción por pregunta corresponde a las tres primeras preguntas relacionadas con la comprensión sobre la explicación que brinda el médico al usuario hospitalizado en aspectos como: los resultados de los análisis de laboratorio; sobre la medicación que recibió el paciente, los beneficios y efectos adversos de los mismos y las indicaciones, tratamiento al alta del paciente así como recomendaciones sobre los cuidados de su salud en casa.

## **RECOMENDACIONES**

1. Los porcentajes de insatisfacción por encima del 60% implica **por mejorar**, consiguientemente nuestro proceso de mejora implica trabajar en el 100% de los 22 ítems, pero con las consideraciones que hay dimensiones donde debemos iniciar los procesos prioritariamente, para establecer estrategias especialmente en las dimensiones de fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad, sin dejar de lado las otras dimensiones que son parte importante del proceso de atención en nuestro hospital, como son empatía y aspectos tangibles.
2. Del total de las 22 preguntas 18 recogen información relacionada directamente de los proveedores de salud o sea del personal de salud sea profesional o técnico en los diferentes servicios, sean finales o de apoyo. Dentro de las estrategias a considerar se debe implementar Directivas, para el cumplimiento de funciones inherentes al cargo con responsabilidad del profesional en los diferentes servicios que se desempeñan.
3. 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.
4. Promover la elaboración de información escrita al usuario (dípticos) tanto externa como interna, dando a conocer los derechos y deberes de los usuarios externos.
5. 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.



# 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:

- ✓ La tasa de Infecciones Intrahospitalarias aún se encuentra sobre el estándar nacional, en neumonías Asociado a Ventilador mecánico
- ✓ Débil apoyo del equipo de gestión al comité de Infecciones Asociadas a la atención y Mortalidad Materno Neonatal que se encuentran operativos e institucionalizados.
- ✓ Débil apoyo logístico en la distribución de insumos de bioseguridad; equipos de protección personal e higiene de manos.
- ✓ 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.

### **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.
- ✓ El perfil de proyecto de construcción del nuevo hospital no se encuentra aprobado.
- ✓ Gestión clínica con uso escaso de tecnología de información.
- ✓ Falta de mayor número de recursos humanos especializados, ayuda al diagnóstico de alta especialización y escasez de servicios de intermedios y unidades críticas equipadas adecuadamente.
- ✓ Aumento de la tendencia de atenciones en consulta externa, sin embargo rendimiento de la consulta médica en el hospital fue de en el año 2016.

- ✓ Alto porcentaje de ocupación cama de los servicios de hospitalización especialmente en Traumatología, Cirugía y Emergencia General.
- ✓ Falta de elaboración y programación de planes de mantenimiento de los equipos biomédicos en las diferentes Unidades Productoras de Salud.

### **RECOMENDACIONES:**

- ✓ 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.
- ✓ 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.
- ✓ Participar en el fortalecimiento del sistema de referencia y contra referencia mediante la provisión de equipamiento, recursos humanos y ambulancias de acuerdo a las normas técnicas establecidas.
- ✓ 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.
  - La nueva construcción del Hospital Guillermo Díaz de la Vega.

## **BIBLIOGRAFIA**

- 1.- *Manual de Indicadores Hospitalarios OGE- MINSA 2001*
- 2.- *Análisis del Hospital Guillermo Díaz de la Vega del 2004.*
- 3.- *Análisis del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega del 2008*
- 4.- *Análisis del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega del 2009*
- 3.- *Estado situacional y propuestas del Hospital dos de Mayo 2001 – MINSA*
- 4.- *Cie – 10*
- 5.- *Páginas Web*
- 6.- <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/tbc/asistbc.pdf>
7. **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.
8. **Suárez Ognio, Dr. Luis.** *GUÍA PARA EL ANÁLISIS DEL PROCESO SALUD ENFERMEDAD.* Lima : Ministerio de Salud, 2002, 2005.
9. **Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedad.** *PROGRAMA PRESUPUESTAL CON ENFOQUE DE RESULTADOS, Ministerio de Salud.* Lima : Ministerio de Salud, 2017.
10. **Arteaga Noriega, Aníbal.** *APOYO SOCIAL Y CONTROL METABÓLICO EN LA DIABETES MELLITUS TIPO 2, APOYO SOCIAL E CONTROLE METABÓLICO EM DIABETES MELLITUS TIPO 2.* 8 (2), Colombia : Revista cuidarte, 2017, Vol. 485.
11. **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.
12. *El efecto del envejecimiento para la carga de cáncer en 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.