



*Ministerio de Salud y  
Deportes  
Bolivia*

# **GUIA PARA ORGANIZAR EL SUBSISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN LOS HOSPITALES**

**SERIE: DOCUMENTOS DE TRABAJO**  
**Subserie: N° 3. SISTEMA DE VIGILANCIA**

**BOLIVIA, 2005**

## **Preparación**

Dr. Héctor Pérez Vargas  
Dr. Ricardo Batista Moliner  
Dr. Andrés Coca  
Dr. Mario Lagrava Burgoa

## **Revisión**

Dr. José Luis Baixeras Divar	Agencia Española de Cooperación Internacional
Dr. Armando Medina Ramírez	Sistema Nacional de Información en Salud
Dr. Walter Agreda	Director de Prevención y Control de Enfermedades
Dra. Jeannette Aguirre	PROSIN
Dra. Ximena Ayo	Swisscontact
Lic. Shirley Aramayo	INLASA
Dr. Antonio Flores	Caja Petrolera

## **Coordinador**

Dr. Mario Lagrava Burgoa

Agradecemos al personal técnico del SNIS y los grupos de Epidemiología de los nueve SEDES del país por sus valiosas observaciones y sugerencias al contenido del presente documento.

Este documento fue preparado por iniciativa del Sistema Nacional de Información en Salud, la Dirección Nacional de Prevención y Control de Enfermedades, el Instituto Nacional de Laboratorios en Salud y la Dirección de Hospitales con el apoyo de la Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI).

## **PRESENTACION**

Continuando con el esfuerzo para contar con un subsistema adecuado de vigilancia, el Comité Nacional de Coordinación de la Vigilancia Epidemiológica ha preparado, la presente guía con el propósito de brindar una orientación metodológica a los responsables, en los hospitales, de la organización del subsistema de vigilancia epidemiológica y la preparación de sus planes de intervención.

La preparación de la presente guía esta sustentada en la R.M. 0181 del 14 de abril del 2003 a través de la cual se dispone la creación de los comités de coordinación de la vigilancia epidemiológica, con el objetivo primordial de mejorar la vigilancia en todo el país.

Contar con una guía para la organización de la vigilancia epidemiológica trae ciertos beneficios, entre ellos, permite que todos los interesados tengan una visión global y mejor comprensión de la estrategia que seguirá un programa de prevención y control a lo largo del tiempo.

Dr. Alvaro Muñoz Reyes  
**Ministro de Salud y Deportes**

## TABLA DE CONTENIDOS

<b>PRESENTACION</b>	<b>3</b>
<b>CAPITULO I. MARCO CONCEPTUAL</b>	<b>5</b>
<b>Lógica de la vigilancia en los hospitales</b>	<b>5</b>
Análisis de los problemas	5
Análisis de los objetivos	5
Análisis de las alternativas de intervención	6
<b>CAPITULO II. EL SUBSISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA EN LOS HOSPITALES</b>	<b>7</b>
¿Por qué organizar un sistema de vigilancia epidemiológica en el hospital?	7
¿Cuál es el objetivo del subsistema de vigilancia epidemiológica hospitalaria?	7
¿Qué hará el subsistema de vigilancia epidemiológica hospitalaria para cumplir con sus objetivos?	8
<b>CAPITULO III. LA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA EN LOS HOSPITALES.</b>	<b>9</b>
¿Cómo está caracterizado el subsistema de vigilancia epidemiológica hospitalaria?	9
1. La vigilancia según la cobertura que se quiere tener	9
2. La vigilancia según la forma de recolección de datos que se utilizarán	9
¿Cómo se va realizar la vigilancia epidemiológica en los hospitales?	10
<b>CAPITULO IV. EL COMITÉ DE COORDINACION DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA HOSPITALARIA</b>	<b>11</b>
Importancia del comité de coordinación de la vigilancia	11
¿Cuáles son los objetivos del comité?	11
¿Cómo está organizado el comité?	11
¿Qué personal integra el comité?	12
¿Cuál es la responsabilidad de los miembros permanentes?	13
Subcomité para la vigilancia del manejo de los residuos hospitalarios	14
Subcomité para la vigilancia de la aplicación de las normas de bioseguridad	15
Subcomité de vigilancia de las infecciones intrahospitalarias	16
Subcomité de análisis de información para la vigilancia de la morbilidad y mortalidad hospitalaria	18
<b>CAPITULO V. NORMAS TÉCNICAS Y ADMINISTRATIVAS PARA EL DESARROLLO DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA EN LOS HOSPITALES</b>	<b>19</b>
1. Para la vigilancia de los residuos sólidos	19
2. Para la vigilancia de la bioseguridad	19
3. Para la detección de infecciones hospitalarias	19
4. Para la prevención y control de las infecciones intrahospitalarias	19
5. Normas técnicas y disposiciones legales vigentes	20
<b>Anexo 1</b>	<b>21</b>
<b>Anexo 2</b>	<b>23</b>
<b>Anexo 3</b>	<b>25</b>

## **CAPITULO I. MARCO CONCEPTUAL**

Los adelantos mundiales en los métodos de la epidemiología hospitalaria han llevado a extender esta disciplina a un marco profesional más amplio. Las infecciones nosocomiales no son el único problema que constituye un riesgo relevante en los hospitales, tanto para pacientes como para los trabajadores, que atienden la epidemiología en estas instituciones.

También, se presentan riesgos físicos, químicos y psicológicos, así como problemas de higiene y cumplimiento de normas de seguridad, para evitar estos riesgos a los que la epidemiología debe dar respuesta.

Es por ello que en el ejercicio habitual de un epidemiólogo hospitalario de hoy en día, está el asesoramiento a los servicios y a la gerencia del hospital sobre la evaluación y control de las enfermedades transmisibles en el personal de salud y en los pacientes. En esa línea es necesario desarrollar el componente de epidemiología hospitalaria a fin de mejorar la calidad de los procesos asistenciales médico-quirúrgicos, la calidad de la atención y el análisis de la información como apoyo al proceso de gestión hospitalaria.

### **Lógica de la vigilancia en los hospitales**

#### **Análisis de los problemas**

1. El inadecuado manejo de los desechos patógenos hospitalarios es un riesgo para el personal de salud y los usuarios, que sumado a,
2. Las malas prácticas del personal de salud favorecen la dispersión de los agentes patógenos entre el personal y los usuarios.
3. En estas circunstancias, las inmunodeficiencias y condiciones de desnutrición entre los usuarios favorecen el desarrollo de las infecciones oportunistas, que pueden diseminarse a otros ámbitos,
4. En muchas oportunidades estas situaciones no son tomadas en cuenta por el personal de salud, razón por la cual se presentan las epidemias intrahospitalarias.

#### **Análisis de los objetivos**

Los objetivos estarán dirigidos a contribuir a mejorar:

- El manejo de los residuos patógenos
- Las prácticas del personal de salud
- El manejo de los usuarios inmunodeficientes y desnutridos
- El análisis de la información para identificar situaciones de riesgo epidemiológico: brotes, epidemias, etc.

## **Análisis de las alternativas de intervención**

### **a. la vigilancia deberá estar dirigida a observar:**

- El manejo de los desechos patógenos bajo norma,
- El cumplimiento y supervisión de las medidas de bioseguridad,
- La detección de las infecciones intrahospitalarias en los usuarios,
- La detección oportuna de agentes patógenos circulantes,
- La aplicación de las medidas de aislamiento, y
- La situación de la higiene ambiental de la institución: agua, aire, residuos comunes, patógenos.

### **b. la vigilancia será actuar oportunamente para:**

- Disminuir el riesgo de morbilidad y muerte.
- Monitorear el cumplimiento de las normas de bioseguridad y manejo de residuos hospitalarios.
- Analizar la morbilidad y mortalidad hospitalaria.

## CAPITULO II. EL SUBSISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA EN LOS HOSPITALES

### ¿Por qué organizar un sistema de vigilancia epidemiológica en el hospital?

Es primordial, porque permite enlazar ordenadamente a una serie de reglas, principios y hechos con el propósito de captar datos e información necesaria para la toma de decisiones que contribuyan a una eficaz prevención y control de los eventos que están modificando o alterando el proceso salud enfermedad de la comunidad hospitalaria.

#### ¿Qué busca el sistema de vigilancia epidemiológica hospitalaria?

- La participación organizada de los involucrados en el manejo de datos para la vigilancia, prevención y control de las infecciones intrahospitalarias.
- Promover el análisis y discusión de los cambios experimentados en la situación analizada.
- Promover cambios de comportamiento en el personal de salud respecto a nuevas estrategias.
- Permitir la reformulación de la gestión, y
- Aportar elementos para la integración de la epidemiología a la administración de los servicios de salud.

### ¿Cuál es el objetivo del subsistema de vigilancia epidemiológica hospitalaria?

Es conocer la magnitud y tendencia de las enfermedades y accidentes en el ámbito hospitalario, es decir:

- Saber quiénes tienen mayor riesgo de enfermarse, accidentarse y morir
- Estimar con mayor exactitud la dimensión de las enfermedades y su distribución en lugar y tiempo
- Estimar el futuro de la infección y el impacto de la morbilidad y mortalidad.
- Fomentar la prevención mediante la minimización del riesgo.

Si el sistema de vigilancia es **bueno y confiable** se constituirá en un instrumento que permitirá:

- Orientar las actividades dirigidas a modificar el comportamiento de las tendencias de morbilidad y mortalidad hospitalaria y atenuar el impacto negativo.
- Elaborar y promover intervenciones preventivas dirigidas a los grupos más susceptibles,
- Definir estrategias, planificar y dirigir intervenciones para el control y la prevención.
- Evaluar y medir el impacto de los programas de atención.

**¿Qué hará el subsistema de vigilancia epidemiológica hospitalaria para cumplir con sus objetivos?**

Dirigirá sus esfuerzos para contribuir al logro de los siguientes propósitos:

- Modificar favorablemente el comportamiento de la morbi-mortalidad hospitalaria.
- Monitorear el cumplimiento de las normas para el manejo de los residuos generados en establecimientos de salud.
- Evaluar la aplicación y cumplimiento de las medidas de bioseguridad.
- Brindar un conocimiento oportuno de las infecciones y accidentes para la prevención y control.
- Favorecer la aplicación de las medidas de prevención y control de las infecciones y accidentes.



## CAPITULO III. LA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA EN LOS HOSPITALES.

### ¿Cómo está caracterizado el subsistema de vigilancia epidemiológica hospitalaria?

De acuerdo a lo establecido en el país, la organización de la vigilancia epidemiológica esta basada en:

1. los objetivos que se persiguen,
2. la cobertura que se quiere tener, y
3. las estrategias de recolección de la información que se emplearán.

Para cumplir los **objetivos** de la vigilancia cada hospital, a partir de su diagnóstico de la situación, seleccionará los eventos que serán objeto de la vigilancia, pudiendo ser:

- La morbilidad y mortalidad ocasionadas por las infecciones, otras enfermedades y accidentes.
- Los factores de riesgo que inciden en la presentación de estos daños, en especial los comportamientos de los individuos y la comunidad hospitalaria (bioseguridad y manejo de residuos sólidos).
- Las respuestas a determinadas intervenciones (detección de patógenos circulantes, uso racional de antibióticos, resistencia antimicrobiana, entre otros).

#### 1. La vigilancia según la cobertura que se quiere tener

En base a la disponibilidad de recursos humanos, financieros y tecnológicos en el hospital, la vigilancia será continua y universal, es decir que se recogerá la información de la totalidad de eventos que se producen en todo lugar del hospital y en todo momento.

Por lo tanto la vigilancia se efectuará en:

- Todos los ámbitos del hospital.
- Las áreas hospitalarias determinadas por el perfil de riesgo.
- Otros sitios seleccionados para la intervención.

#### 2. La vigilancia según la forma de recolección de datos que se utilizarán

Se emplearán dos formas de recolectar los datos: en forma **pasiva** y en forma **activa** En el presente sistema de vigilancia, coexistirán ambas formas de recolección:

La recolección pasiva de los datos es aquella en la cual los funcionarios recolectan los datos de los casos que la institución rutinariamente registra Esta forma de recolectar ha dado lugar a la vigilancia regular o continua.

La recolección activa es aquella en la cual los encargados de la vigilancia contactan a quienes reportan los datos y la solicitan directamente de ellos o acuden a la fuente primaria de datos. Esta modalidad de recolección se emplea en la vigilancia centinela y en las investigaciones.

### ¿Cómo se va realizar la vigilancia epidemiológica en los hospitales?

- Mediante la vigilancia regular (pasiva).
- A través de la vigilancia centinela (activa), y
- Las investigaciones.

A continuación se presentan gráficamente las formas de vigilancia que desarrollará el sistema de vigilancia hospitalaria.

Objetivos de vigilancia	Vigilancia Regular	Vigilancia Centinela	Vigilancia Investigación
Manejo de los desechos patógenos	X		X
Normas de Bioseguridad	X	X	X
Infecciones intrahospitalarias	X	X	X
Medidas de aislamiento	X		
Circulación de agentes patógenos	X		X
Morbilidad y mortalidad hospitalaria	X		
Condiciones ambientales y de higiene	X		X
Farmacovigilancia	X		X

Para llevar adelante la vigilancia epidemiológica es necesario que los involucrados en dicha vigilancia trabajen coordinadamente con el propósito de utilizar mejor los recursos existentes y lograr que las intervenciones sean efectivas y eficaces.

Una forma de responder a esta necesidad, es constituyendo en cada hospital un **Comité de coordinación de la vigilancia epidemiológica hospitalaria**.

## **CAPITULO IV. EL COMITÉ DE COORDINACION DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA HOSPITALARIA**

### **Importancia del comité de coordinación de la vigilancia**

Para llevar adelante la vigilancia epidemiológica es necesario que los involucrados en dicha vigilancia trabajen coordinadamente con el propósito de utilizar mejor los recursos existentes y lograr que las intervenciones sean efectivas y eficaces.

Para ello es necesario constituir el comité coordinación de la vigilancia epidemiológica hospitalaria, de carácter multidisciplinario, basado en la resolución ministerial N° 0181 del 14 de abril del 2003, que este:

- Funcionando permanentemente en todos los ámbitos del hospital,
- Articulando a todas las instancias técnico administrativas del hospital que estén involucradas, y
- Formulando recomendaciones técnicas relacionados con la calidad de la atención.

### **¿Cuáles son los objetivos del comité?**

- Que los interesados (autoridades y responsables de áreas) de las diferentes dependencias del hospital cuenten con información suficiente y oportuna para su uso en la toma de decisiones.
- Que los resultados proporcionados por los laboratorios sean fiables, reproducibles y oportunos permitiendo confirmar las sospechas diagnosticas individuales y dar el apoyo a los estudios e investigaciones epidemiológicas que se requieran.
- Que los resultados del sistema de evaluación según tipo de establecimiento de manejo de residuos orienten de inmediato al comité en la detección de aspectos a trabajar así como en las estrategias a seguir para obtener un estándar de calidad aceptable en le manejo de residuos hospitalarios (Resolución Ministerial 0310 del 27 de mayo 2004).
- Que la información esté siendo utilizada oportuna y adecuadamente en la identificación de los problemas, el seguimiento de las acciones de control y la evaluación de los resultados obtenidos con las intervenciones realizadas.

### **¿Cómo está organizado el comité?**

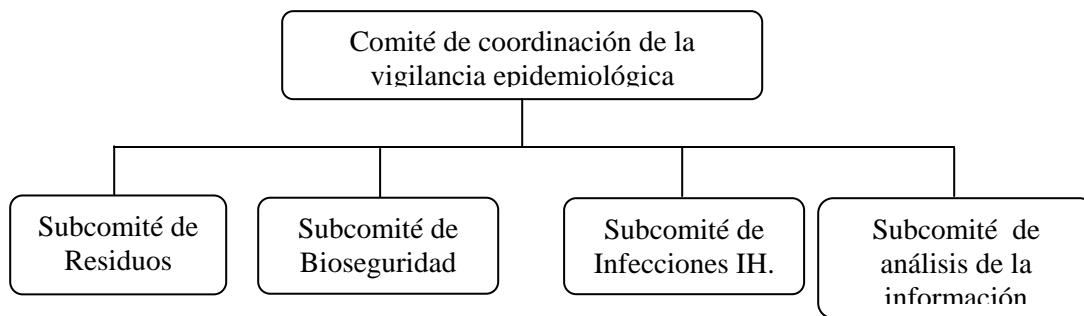
#### **Línea de dependencia:**

El comité es la instancia técnica y operativa que se encuentra bajo el mando del Director del hospital con quien mantiene una línea directa de dependencia, a través de la dirección y coordina con otras dependencias del hospital.

#### **Estructura organizacional**

El comité de coordinación de la vigilancia, esta constituido por cuatro subcomités operativos:

- Un subcomité encargado de vigilar el cumplimiento de las normas para el manejo de los residuos hospitalarios.
- Un subcomité encargado de vigilar el cumplimiento de las medidas de bioseguridad por parte del personal.
- Un subcomité encargado de vigilar las infecciones y accidentes intrahospitalarios o nosocomiales
- Un subcomité encargado del manejo de la información de morbilidad y mortalidad hospitalaria.



Otros subcomités podrán ser organizados según las necesidades de cada institución.

### ¿Qué personal integra el comité?

De acuerdo a la complejidad del hospital, el comité estará constituido como mínimo por los siguientes funcionarios:

#### Miembros permanentes

- El Director del hospital, o su representante.
- El epidemiólogo (que actuará como coordinador).
- El administrador.
- El jefe de laboratorio.
- El jefe de estadística.
- La Jefa de enfermeras

Si las circunstancias lo ameritan podrán ser miembros permanentes del comité funcionarios de otras unidades hospitalarias, de otras instituciones y organizaciones.

#### Miembros eventuales

- Otras instancias administrativas y técnicas del hospital de acuerdo a los temas a tratar.
- Las organizaciones de trabajadores del hospital, de ser posible como miembros permanentes

## ¿Cuál es la responsabilidad de los miembros permanentes?

**El Subdirector**, es responsable de dirigir el comité (como representante del Director) y viabilizar la ejecución de estrategias para el cumplimiento de los objetivos de la Vigilancia Epidemiológica en su Establecimiento de Salud.

**El epidemiólogo** es el coordinador operativo y responsable de que la información esté siendo utilizada en la identificación de los problemas, el seguimiento de las acciones de control y la evaluación de los resultados obtenidos con las intervenciones realizadas.

El **Administrador**, Programar y proveer insumos necesarios para la implementación del Sistema de Vigilancia Epidemiológica en le Establecimiento de Salud que administra

**El jefe de laboratorio o microbiólogo**, es responsable de que se cumpla la confirmación de las sospechas diagnosticas individuales y del apoyo a los estudios e investigaciones epidemiológicas que se requieran, con informes a su inmediato superior de manera periódica y obligatoria.

**El encargado de estadística**, es responsable del manejo de los datos y la generación de la información oportuna y adecuada y de su comunicación a los interesados.

**La jefa de enfermeras**, Evaluar periódicamente junto con el personal de limpieza el manejo de Residuos Sólidos Hospitalarios así como la implementación de norma básicas de Bioseguridad.

### De las funciones y atribuciones del comité de coordinación



- Cumplir y hacer cumplir con las políticas y planes nacionales que sobre el tema estén vigentes.
- Cumplir y hacer cumplir con las normas y procedimientos relacionados con el control de los agentes químicos, físicos y biológicos.
- Cumplir y hacer cumplir con las normas y procedimientos relacionadas con:
  - el manejo de los residuos hospitalarios
  - la aplicación de las medidas de bioseguridad
  - la ejecución de las medidas de aislamiento
  - la observación de los agentes patógenos
  - las condiciones ambientales y de higiene (agua, alimentos, residuos comunes)
  - farmacovigilancia: reacciones adversas, utilización de medicamentos
- Impulsar y promover los distintos tipos de vigilancia (regular, centinela e investigación) y analizar su funcionamiento periódicamente.
- Canalizar los esfuerzos y recursos técnicos y financieros para la vigilancia
- Capacitar al personal que hace vigilancia.
- Producir un boletín anual de epidemiología
- Preparar informes circunstanciados para las autoridades superiores
- Realizar el análisis periódico de la morbilidad, mortalidad hospitalaria y de producción de servicios.
- Dirigir las reuniones mensuales del Subcomité de Análisis de la Información (CAI).

**Este comité cuenta con normas nacionales vigentes (ver capítulo V)**

## **Subcomité para la vigilancia del manejo de los residuos hospitalarios**

### **Objetivo del subcomité**

Es el de vigilar la elaboración y cumplimiento de el programa institucional de Manejo de residuos Sólidos y Bioseguridad elaborado en base a la Normas Bolivianas 69001-69007.

### **Constitución del subcomité**

De acuerdo a la complejidad del hospital, el subcomité estará constituido como mínimo por los siguientes funcionarios:

- El epidemiólogo del hospital (que actuará como coordinador).
- El administrador.
- El responsable del comité de residuos hospitalarios o encargado de esta actividad en el hospital.
- El jefe de laboratorio.
- Jefe de enfermeras
- Supervisor de la actividad de limpieza del hospital

### **Línea de dependencia**

El subcomité mantiene una línea directa de dependencia con el responsable del comité de coordinación de la vigilancia y una línea de coordinación con los otros tres subcomités; el cual depende de la Dirección del hospital.

De las funciones y atribuciones del comité:



1. Cumplir y hacer cumplir con las políticas y planes nacionales que sobre el tema estén vigentes (según Política Nacional de Salud)
2. Contribuir a mejorar el cumplimiento de las normas y procedimientos relacionados con el manejo de los residuos hospitalarios.
3. Programar, dirigir, coordinar y evaluar mensualmente las actividades de vigilancia de los residuos en todo el ámbito hospitalario (ver Anexo 1)
4. Difundir oportunamente los resultados de la evaluación: auto evaluación, evaluación cruzada, evaluación oficial, utilizando los instrumentos establecidos (Anexo 2); y sus recomendaciones; así como variaciones en las cantidades de residuos generados por tipo, y en particular modificaciones en calidad de residuos por implementación de nuevas tecnologías.
5. Recomendar la aplicación de vacunas así como la realización de control al respecto (actualización permanente lista de vacunados, dosificación de anticuerpos) en el personal del establecimiento de salud.
6. Canalizar los esfuerzos, recursos técnicos y financieros para este capítulo de la vigilancia
7. Capacitar al personal en todo lo relacionado con el manejo de los residuos sólidos.
8. Impulsar y promover los distintos tipos de vigilancia (regular, centinela e investigación)
9. Preparar informes circunstanciales para las autoridades superiores.

**Este subcomité cuenta con normas nacionales vigentes (ver capítulo V)**

## **Subcomité para la vigilancia de la aplicación de las normas de bioseguridad**

### **Objetivo del subcomité**

Es el de vigilar el cumplimiento de las normas de bioseguridad en el ámbito hospitalario. Este subcomité ejecutará sus actividades siguiendo las normas nacionales.

### **Constitución del subcomité**

De acuerdo a la complejidad del hospital, el subcomité estará constituido como mínimo por los siguientes funcionarios:

- El epidemiólogo del hospital (que actuará como coordinador).
- El responsable del comité de Bioseguridad o el encargado de esta actividad en el hospital
- El administrador.

### **Línea de dependencia**

El subcomité mantiene una línea directa de dependencia con el comité de coordinación de la vigilancia y una línea de coordinación con los otros tres subcomités; el cual depende de la Dirección del hospital.

### **De las funciones y atribuciones del subcomité**



1. Cumplir y hacer cumplir con las políticas y planes nacionales que sobre el tema estén vigentes..
2. Contribuir a mejorar el cumplimiento de las normas y procedimientos relacionadas con la bioseguridad
3. Programar, dirigir, coordinar y evaluar las actividades de vigilancia de la bioseguridad en todo el ámbito hospitalario (ver Anexo 1).
4. Canalizar los esfuerzos y recursos técnicos y financieros para este capítulo de la vigilancia
5. Capacitar al personal en la aplicación de las normas de bioseguridad.
6. Impulsar y promover los distintos tipos de vigilancia (regular, centinela e investigación)
7. Preparar informes circunstanciados para las autoridades superiores.

**Este subcomité cuenta con normas nacionales vigentes (ver capítulo V)**

## Subcomité de vigilancia de las infecciones intrahospitalarias

De acuerdo con el Reglamento General de Hospitales el subcomité de control de Infecciones intrahospitalarias (o nosocomiales), es uno de los comités de asesoramiento y apoyo a la dirección del hospital (artículo 23). Este subcomité cuenta con su reglamento, manual de funciones y plan de actividades.

### Objetivo del subcomité

Es el de vigilar el comportamiento de las infecciones y accidentes intrahospitalarios. Este subcomité ejecutará sus actividades siguiendo las normas nacionales.

### Constitución del subcomité

De acuerdo a la complejidad del hospital, el subcomité estará constituido, como mínimo, por los siguientes funcionarios:

- El epidemiólogo del hospital o la enfermera de vigilancia (que actuará como coordinador, según corresponda)
- El microbiólogo del laboratorio del hospital.
- El jefe de infectología del hospital.

Otros miembros podrán integrar el subcomité, según las características del hospital y las necesidades de la institución, una propuesta de integración del subcomité se presenta en el Reglamento del Comité de Control de Infecciones Nosocomiales (*ver capítulo V*), en su artículo VII.

### Línea de dependencia

El subcomité mantiene una línea directa de dependencia con el comité de coordinación de la vigilancia y una línea de coordinación con los otros subcomités; el cual depende de la Dirección del hospital.

### Funciones y atribuciones de la comisión



1. Cumplir y hacer cumplir con las políticas y planes nacionales que sobre el tema estén vigentes.
2. Cumplir y hacer cumplir con las normas y procedimientos relacionados con la vigilancia de las infecciones y accidentes hospitalarios.
3. Programar, dirigir, coordinar y evaluar las actividades de vigilancia de las infecciones y accidentes en todo el ámbito hospitalario
4. Canalizar los esfuerzos y recursos técnicos y financieros para este capítulo de la vigilancia
5. Capacitar al personal en vigilancia y control de las infecciones intrahospitalarias.
6. Monitorear el cumplimiento de la política de uso de antimicrobianos.
7. Impulsar y promover los distintos tipos de vigilancia (regular, centinela e investigación)
8. Preparar informes circunstanciados para las autoridades superiores.



## **Actividades clave en la vigilancia de las infecciones intrahospitalarias**

Para desarrollar adecuadamente sus funciones y actividades este subcomité utilizará como material de consulta los manuales de procedimientos para la detección de infecciones intrahospitalarias (*ver capítulo V*), el cual establece las normas básicas para el control de este problema.

Con relación a la vigilancia de las infecciones intrahospitalarias el subcomité debe velar por el cumplimiento de las siguientes actividades, clave.

1. Realizar un análisis sistemático y mensual del comportamiento de los agentes patógenos aislados y comunicar los resultados cada mes a través del sistema de vigilancia, al SNIS del SEDES (*ver formato de consolidación en Anexo 3*).
2. Notificar de inmediato, a la oficina de vigilancia del SEDES, todo brote de infección intrahospitalaria ocurrido en la institución (*siguiendo el formato de notificación inmediata para la vigilancia*). Los hospitales de 3er nivel además de comunicar al SEDES correspondiente, informaran, también, directamente al SNIS nacional.
3. Promover la realización las investigaciones epidemiológicas y enviar los reportes al SNIS departamental y nacional, según se requiera.
4. Efectuar un estudio de prevalencia anual para evaluar los resultados de la vigilancia, utilizando el protocolo estandarizado (*ver capítulo V, listado anexo*).
5. Realizar el monitoreo de la resistencia antimicrobiana, de acuerdo con las indicaciones del Laboratorio Nacional de Bacteriología (*ver normas en el capítulo V*).
6. Realizar reporte anual del comportamiento de las infecciones intrahospitalarias.
7. Realizar monitoreo sistemático y una evaluación anual del funcionamiento de la vigilancia de las infecciones intrahospitalarias en la institución.

**Este subcomité cuenta con normas nacionales vigentes (*ver capítulo V*)**

## **Subcomité de análisis de información para la vigilancia de la morbilidad y mortalidad hospitalaria**

### **Objetivo del subcomité**

Es el de vigilar el comportamiento de la morbilidad y mortalidad hospitalaria en base a los datos del servicio estadístico del hospital, y, siguiendo las normas del SNIS para el registro, procesamiento y análisis de los datos y la comunicación de la información.

### **Constitución del subcomité**

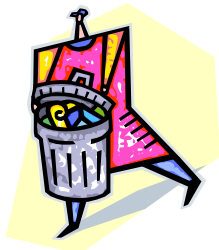
De acuerdo a la complejidad del hospital, el subcomité estará constituido como mínimo por los siguientes funcionarios:

- El epidemiólogo (que actuará como coordinador).
- El encargado del departamento de estadísticas

### **Línea de dependencia**

El subcomité mantiene una línea directa de dependencia con el responsable del comité de coordinación de la vigilancia y una línea de coordinación con los otros tres subcomités, siendo el epidemiólogo, el coordinador y organizador del comité de análisis de información (CAI) del hospital, subordinado a la dirección del hospital.

### **De las funciones y atribuciones del comité**



1. Realizar un análisis periódico de la morbilidad y mortalidad hospitalaria, a fin de conocer el comportamiento y la tendencia de estos indicadores. El análisis debe realizarse atendiendo a los parámetros epidemiológicos básicos, a nivel global y por servicios de la institución.
2. Cumplir y hacer cumplir con las normas y procedimientos del SNIS relacionados con el manejo de los datos y la información de la morbilidad, mortalidad hospitalaria y de producción de servicios.
3. Realizar el análisis sistemático de las reacciones adversas y el uso de medicamentos, especialmente el manejo de antibióticos y la resistencia antimicrobiana.
4. Canalizar los esfuerzos y recursos técnicos y financieros para este capítulo de la vigilancia.
5. Preparar y realizar el CAI hospitalario
6. Capacitar al personal en todo lo relacionado con el manejo de la información de morbilidad y mortalidad.
7. Preparar informes circunstanciales para las autoridades superiores.

**Este subcomité cuenta con normas nacionales vigentes (ver capítulo V)**

## **CAPITULO V. NORMAS TÉCNICAS Y ADMINISTRATIVAS PARA EL DESARROLLO DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA EN LOS HOSPITALES**

Las diferentes actividades desarrolladas por los subcomités que conforman el comité de coordinación de la vigilancia epidemiológica, se deben enmarcar en los documentos oficiales que están vigentes y que se detallan a continuación. Sin embargo, cuando las circunstancias a si lo ameriten se recurrirá a otros documentos técnicos.

### **1. Para la vigilancia de los residuos sólidos**

- 1.1 Residuos sólidos generados en establecimientos de salud, Normas Bolivianas NB 69001-07, Instituto Boliviano de Normalización y Calidad, La Paz, diciembre 2001.
- 1.2 Manual para el Manejo de Residuos Sólidos Generados en Establecimientos de Salud. Swisscontact y el Ministerio de Salud, La Paz, 2002.
- 1.3 Sistema de Evaluación de Manejo de Residuos y bioseguridad (Formularios, instructivo y hoja de recomendaciones) RM 0310 27 de mayo 2004.
- 1.4 Factores de riesgo asociados a las infecciones intrahospitalarias en el complejo hospitalario. Swisscontact, Cochabamba, 2004

### **2. Para la vigilancia de la bioseguridad**

- 2.1 Manual y normas técnicas de Bioseguridad para el personal de salud (Manual en proceso de desarrollo)

### **3. Para la detección de infecciones hospitalarias**

- 3.1 Manual de procedimientos para la detección de las infecciones Intrahospitalarias, Laboratorio Nacional de Referencia de Bacteriología Clínica, INLASA, La Paz, Bolivia, mayo, 2003.

### **4. Para la prevención y control de las infecciones intrahospitalarias**

- 4.1 Reglamento del comité de control de infecciones nosocomiales, documento borrador, Comisión Nacional de Acreditación de Hospitales, Ministerio de Salud, agosto 2004, La Paz.
- 4.2 Guía de evaluación de los servicios de salud, SNIS, 2004.
- 4.3 Guía para la preparación de planes de vigilancia epidemiológica.
- 4.4 Protocolo para el estudio de prevalencia de infecciones hospitalarias. Comité Intrahospitalario de Control de Infecciones hospitalarias. Santa Cruz, 2001.

4.5 Manual de procedimientos para realizar la vigilancia de las infecciones intrahospitalarias. Grupo de Epidemiología, SEDES La Paz, 2005

## **5. Normas técnicas y disposiciones legales vigentes**

5.1 Reglamento General de Hospitales, Ministerio de Salud y Deportes. La Paz, Bolivia. Enero 2005.

5.2 Manual para la Acreditación de Hospitales. Comisión Nacional de Acreditación de Hospitales. Ministerio de Salud y Deportes. Julio 2005.

5.3 R.M. 0420, para la conformación de los Comités de Coordinación de la Vigilancia Epidemiológica. Ministerio de Salud y Deportes. 22 Junio 2005.

5.4 R.M. 0136 para la creación de la Red Nacional de Laboratorios. Ministerio de Salud y Deportes. 28 Marzo 2003.

5.5 R.M. 0310 Instrumentos de evaluación del manejo de residuos sólidos hospitalarios. 27 mayo 2004.

## Anexo 1



Ministerio de Salud y  
Deportes

### INFORME MENSUAL DE VIGILANCIA DE MANEJO DE RESIDUOS HOSPITALARIOS Y BIOSEGURIDAD

CODIGO: R. A. SALUD INE – ..... (Mes/ Año 2005)

SEDES: \_\_\_\_\_ Gerencia de Red: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_

Establecimiento: \_\_\_\_\_ Mes: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

Subsector: A B C D E F

#### Resultados de la evaluación del proceso de manejo de residuos hospitalarios

Tipo de Área	Servicio	Puntaje	Porcentaje	Categoría
Áreas críticas	Laboratorio			
	Emergencia			
Servicios hospitalarios	Servicio No. 1			
	Servicio No. 2			
Servicios complementarias	Cocina			
	Limpieza			
	Almacén basura			
	Total			
Evaluación de la gestión				
Total establecimiento				

#### Bioseguridad

Aspectos administrativos	Puntaje
Existe comité de bioseguridad	
Acta de reuniones	
Existen normas internas de bioseguridad	
Registro de accidentes/incidentes	
Precauciones estándar	Puntaje
Existen normas de aseo de quirófano entre operaciones	
existen normas de uso de protección personal	
Existen normas sobre inmunizaciones	
Existe procedimiento para la prevención de infecciones	
Existen normas sobre el uso de ropa de trabajo en áreas de circulación libre	
Limpieza y desinfección	Puntaje
El proceso de lavado y cambio de ropa esta normalizado	
Existe circuito especial para el tratamiento de ropa contaminada	
Existen normas internas de desinfección según áreas de trabajo	
Existe normas internas de desinfección de aparatos y/o equipos	
Existe programa de contingencias frente a derrames	
Total	

## Instructivo para el llenado del formulario

Este formulario debe completarse mensualmente con la información correspondiente al mes que se informa y enviarse al SEDES al cual pertenece la institución.

En la sección de **Manejo de residuos** se completará con los datos que se obtengan del formulario de evaluación mensual para la evaluación del proceso de manejo de residuos hospitalarios, el cual se basa en la siguiente distribución del puntaje y porcentaje:

<b>Distribución de la puntuación</b>		
<i>Área a evaluar</i>	<i>Puntaje</i>	<i>Porcentaje</i>
1. Evaluación de la Gestión	25 puntos	6,25
2.1 Laboratorio	86 puntos	21,5
2.2 Emergencia	86 puntos	21,5
2.3 Servicio No. 1	86 puntos	21,5
2.4 Servicio No. 2	86 puntos	21,5
3.1 Servicios complementarios	31 puntos	7,75
Puntaje Total:	400 puntos	100

El puntaje obtenido será transformado a porcentaje lo que permitirá efectuar comparaciones entre los diversos tipos de establecimientos. Este porcentaje permitirá definir la categoría de manejo de desechos que ha logrado ese establecimiento de salud.

### **Categorías**

<i>Porcentaje</i>	<i>Categoría</i>	<i>Denominación</i>
90 a 100%	A	Optimo
70 a 89%	B	Buena
41 a 69%	C	Regular
0 a 40%	D	Deficiente

En la sección de **Bioseguridad** se completará con los datos que se obtengan del formulario mensual para la evaluación de la aplicación de las normas de bioseguridad en la institución, el cual se basa en los resultados de los parámetros que permiten conocer el comportamiento de esa actividad en el hospital.

Debe indicarse el puntaje correspondiente a los aspectos administrativos, las precauciones estándar y lo relativo a limpieza y desinfección. El puntaje total permite conocer la evolución mensual de la actividad durante el año y tomar las acciones correspondientes para su mejora continua.

# Anexo 2

## Formulario de evaluación mensual del proceso de manejo de residuos hospitalarios

Form.: H+35



### EVALUACION DE LA BIOSEGURIDAD Y GESTION DE RESIDUOS SOLIDOS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD



#### 1. INFORMACION GENERAL

(el detalle que contiene este formulario es confidencial)

Establecimiento de Salud:			Director/a:	NIT N°:
Dirección:			N° de camas:	% de ocupación:
Nivel de Atención: I II III	Dependencia: Publ. Priv.	Red SS:	Fecha de Evaluación: / /	Hora de evaluación:

#### 2. EVALUACION DE LA GESTION

Existe Comité:	/2	Coordinador del Comité:		Observaciones:
Actas de reuniones/ Comité:	/2	Existe Diagnóstico actualizado de Residuos:	/2	
Normas Internas Actualizadas:	/2	Cumple su Programa de Capacitación:	/4	
Plan Institucional :	/2	Existe Plan de Contingencias	/2	
Existe Registros de Pinchazos:	/2	Realiza algún programa de reciclaje	/1	
Autoevaluaciones realizadas	/1	Participa en el Recejo Selectivo del Municipio:	/5	
¿Realizan estudios de prevalencia de Infecciones Intrahospitalarias?: SI NO		¿Por qué?		
<b>TOTAL GESTIÓN:</b>				/ 25 %

#### 3. EVALUACION DE RESIDUOS POR SERVICIO

##### 3.1 LABORATORIO

<b>SEPARACION:</b>									
	<b>Basurero</b>	<b>Existe</b>	<b>Limpio</b>	<b>Integro</b>	<b>Plástico</b>	<b>Identificado</b>	<b>No hay Vectores</b>	<b>Accesible</b>	<b>Bolsa</b>
Residuos Infecciosos (Clase A):									
Residuos Cortopunzantes (Clase A-4):									
Residuos Comunes (Clase C):									
Residuos Especiales (Clase B2):									
Existen residuos infecciosos en recipientes de residuos comunes				SI (quitar 5 puntos):					
									Subtotal Separación: /30
<b>TRATAMIENTO:</b>									
	<b>Clase de Residuo</b>	<b>Existe</b>	<b>Señale el método que se emplea (este sector no tienen puntaje)</b>						
Residuos Infecciosos (Clase A):			Autoclave	Estufa	Químico	Incineración	Otros		
Residuos Cortopunzantes (Clase A-4):			Autoclave	Estufa	Químico	Incineración	Otros		
									Subtotal Tratamiento: /2
<b>ALMACENAMIENTO INTERMEDIO:</b>									
	<b>Recipientes para Basura</b>	<b>Existe</b>	<b>Limpio</b>	<b>Integro</b>	<b>Plástico</b>	<b>Identificado</b>	<b>No hay Vectores</b>	<b>Bolsas c/Etiqueta</b>	<b>Tapa</b>
Residuos Infecciosos (Clase A):									
Residuos Comunes (Clase C):									
Sitio del Almacenamiento:									
									Subtotal Almacenamiento Intermedio: /20
<b>TRANSPORTE:</b>									
	<b>Recipientes diferenciados</b>	<b>Existe</b>	<b>Limpio</b>	<b>Integro</b>	<b>Plástico</b>	<b>Identificado</b>	<b>No hay Vectores</b>	<b>Bolsa</b>	<b>Tapa</b>
Residuos Infecciosos (Clase A):									
Residuos Comunes (Clase C):									
¿Tienen Rutas y Horarios establecidos para el transporte?:									
									Subtotal Transporte: /17
<b>BIOSEGURIDAD:</b>									
	<b>Protección e Inmunizaciones</b>	<b>Guantes</b>	<b>Mascarilla</b>	<b>Mandil</b>	<b>Jabón</b>	<b>Zapatos</b>	<b>Vacuna Hep. B</b>	<b>Vacuna Tétanos</b>	<b>Control Médico</b>
Trabajador N° 1									
Trabajador N° 2									
¿Manipulan adecuadamente las agujas? SI NO									
									Subtotal Bioseguridad: /16
<b>TOTAL LABORATORIO:</b>							/ 85	%	

##### 3.2 EMERGENCIA

<b>SEPARACION:</b>									
	<b>Basurero</b>	<b>Existe</b>	<b>Limpio</b>	<b>Integro</b>	<b>Plástico</b>	<b>Identificado</b>	<b>No hay Vectores</b>	<b>Accesible</b>	<b>Bolsa</b>
Residuos Infecciosos (Clase A):									
Residuos Cortopunzantes (Clase A-4):									
Residuos Comunes (Clase C):									
Residuos Especiales (Clase B2):									
Existen residuos infecciosos en recipientes de residuos comunes				SI (quitar 5 puntos):					
									Subtotal Separación: /30
<b>TRATAMIENTO:</b>									
	<b>Clase de Residuo</b>	<b>Existe</b>	<b>Señale el método que se emplea (este sector no tienen puntaje)</b>						
Residuos Infecciosos (Clase A):			Autoclave	Estufa	Químico	Incineración	Otros		
Residuos Cortopunzantes (Clase A-4):			Autoclave	Estufa	Químico	Incineración	Otros		
									Subtotal Tratamiento: /2
<b>ALMACENAMIENTO INTERMEDIO:</b>									
	<b>Recipientes para Basura</b>	<b>Existe</b>	<b>Limpio</b>	<b>Integro</b>	<b>Plástico</b>	<b>Identificado</b>	<b>No hay Vectores</b>	<b>Bolsas c/Etiqueta</b>	<b>Tapa</b>
Residuos Infecciosos (Clase A):									
Residuos Comunes (Clase C):									
Sitio del Almacenamiento:									
									Subtotal Almacenamiento Intermedio: /20
<b>TRANSPORTE:</b>									
	<b>Recipientes diferenciados</b>	<b>Existe</b>	<b>Limpio</b>	<b>Integro</b>	<b>Plástico</b>	<b>Identificado</b>	<b>No hay Vectores</b>	<b>Bolsa</b>	<b>Tapa</b>
Residuos Infecciosos (Clase A):									
Residuos Comunes (Clase C):									
¿Tienen Rutas y Horarios establecidos para el transporte?:									
									Subtotal Transporte: /17
<b>BIOSEGURIDAD:</b>									
	<b>Protección e Inmunizaciones</b>	<b>Guantes</b>	<b>Mascarilla</b>	<b>Mandil</b>	<b>Jabón</b>	<b>Zapatos</b>	<b>Vacuna Hep. B</b>	<b>Vacuna Tétanos</b>	<b>Control Médico</b>
Trabajador N° 1									
Trabajador N° 2									
¿Manipulan adecuadamente las agujas? SI NO									
									Subtotal Bioseguridad: /16
<b>TOTAL EMERGENCIA:</b>							/ 85	%	

3.3 SERVICIO DE:								
<b>SEPARACION:</b>								
<b>Basurero</b>	<b>Existe</b>	<b>Limpio</b>	<b>Integro</b>	<b>Plástico</b>	<b>Identificado</b>	<b>No hay Vectores</b>	<b>Accesible</b>	<b>Bolsa</b>
Residuos Infecciosos (Clase A):								
Residuos Cortopunzantes (Clase A-4):								
Residuos Comunes (Clase C):								
Residuos Especiales (Clase B2):								
Existen residuos infecciosos en recipientes de residuos comun SI (quitar 5 puntos):								
							Subtotal Separación:	/30
<b>TRATAMIENTO:</b>								
<b>Clase de Residuo</b>	<b>Existe</b>	<b>Señale el método que se emplea (este sector no tienen puntaje)</b>						
Residuos Infecciosos (Clase A):		Autoclave	Estufa	Químico	Incineración	Otros		
Residuos Cortopunzantes (Clase A-4):		Autoclave	Estufa	Químico	Incineración	Otros		
							Subtotal Tratamiento:	/2
<b>ALMACENAMIENTO INTERMEDIO:</b>								
<b>Recipientes para Basura</b>	<b>Existe</b>	<b>Limpio</b>	<b>Integro</b>	<b>Plástico</b>	<b>Identificado</b>	<b>No hay Vectores</b>	<b>Bolsas c/Etiqueta</b>	<b>Tapa</b>
Residuos Infecciosos (Clase A):								
Residuos Comunes (Clase C):								
Sitio del Almacenamiento:								
							Subtotal Almacenamiento Intermedio:	/20
<b>TRANSPORTE:</b>								
<b>Recipientes diferenciados</b>	<b>Existe</b>	<b>Limpio</b>	<b>Integro</b>	<b>Plástico</b>	<b>Identificado</b>	<b>No hay Vectores</b>	<b>Bolsa</b>	<b>Tapa</b>
Residuos Infecciosos (Clase A):								
Residuos Comunes (Clase C):								
¿Tienen Rutas y Horarios establecidos para el transporte?:								
							Subtotal Transporte:	/17
<b>BIOSEGURIDAD:</b>								
<b>Protección e Inmunizaciones</b>	<b>Guantes</b>	<b>Mascarilla</b>	<b>Mandil</b>	<b>Jabón</b>	<b>Zapatos</b>	<b>Vacuna Hep. B</b>	<b>Vacuna Tétanos</b>	<b>Control Médico</b>
Trabajador N° 1								
Trabajador N° 2								
¿Manipulan adecuadamente las agujas? SI NO								
							Subtotal Bioseguridad:	/16
<b>TOTAL SERVICIO</b>							<b>/ 85</b>	<b>%</b>
<b>3.4 SERVICIO DE:</b>								
<b>SEPARACION:</b>								
<b>Basurero</b>	<b>Existe</b>	<b>Limpio</b>	<b>Integro</b>	<b>Plástico</b>	<b>Identificado</b>	<b>No hay Vectores</b>	<b>Accesible</b>	<b>Bolsa</b>
Residuos Infecciosos (Clase A):								
Residuos Cortopunzantes (Clase A-4):								
Residuos Comunes (Clase C):								
Residuos Especiales (Clase B2):								
Existen residuos infecciosos en recipientes de residuos comun SI (quitar 5 puntos):								
							Subtotal Separación:	/30
<b>TRATAMIENTO:</b>								
<b>Clase de Residuo</b>	<b>Existe</b>	<b>Señale el método que se emplea (este sector no tienen puntaje)</b>						
Residuos Infecciosos (Clase A):		Autoclave	Estufa	Químico	Incineración	Otros		
Residuos Cortopunzantes (Clase A-4):		Autoclave	Estufa	Químico	Incineración	Otros		
							Subtotal Tratamiento:	/2
<b>ALMACENAMIENTO INTERMEDIO:</b>								
<b>Recipientes para Basura</b>	<b>Existe</b>	<b>Limpio</b>	<b>Integro</b>	<b>Plástico</b>	<b>Identificado</b>	<b>No hay Vectores</b>	<b>Bolsas c/Etiqueta</b>	<b>Tapa</b>
Residuos Infecciosos (Clase A):								
Residuos Comunes (Clase C):								
Sitio del Almacenamiento:								
							Subtotal Almacenamiento Intermedio:	/20
<b>TRANSPORTE:</b>								
<b>Recipientes diferenciados</b>	<b>Existe</b>	<b>Limpio</b>	<b>Integro</b>	<b>Plástico</b>	<b>Identificado</b>	<b>No hay Vectores</b>	<b>Bolsa</b>	<b>Tapa</b>
Residuos Infecciosos (Clase A):								
Residuos Comunes (Clase C):								
¿Tienen Rutas y Horarios establecidos para el transporte?:								
							Subtotal Transporte:	/17
<b>BIOSEGURIDAD:</b>								
<b>Protección e Inmunizaciones</b>	<b>Guantes</b>	<b>Mascarilla</b>	<b>Mandil</b>	<b>Jabón</b>	<b>Zapatos</b>	<b>Vacuna Hep. B</b>	<b>Vacuna Tétanos</b>	<b>Control Médico</b>
Trabajador N° 1								
Trabajador N° 2								
¿Manipulan adecuadamente las agujas? SI NO								
							Subtotal Bioseguridad:	/16
<b>TOTAL SERVICIO</b>							<b>/ 85</b>	<b>%</b>
<b>3.5 SERVICIOS COMPLEMENTARIOS:</b>								
<b>LIMPIEZA:</b>								
<b>Areas</b>	<b>Limpio</b>	<b>Sin Vectores</b>	<b>Observaciones</b>					
Corredores								
Cocina								
Ruta de Limpieza Adecuada	Si	No						
							Subtotal Limpieza:	/5
<b>TRATAMIENTO:</b>								
<b>Clase de Residuo</b>	<b>Existe</b>	<b>Señale el método que se emplea (este sector no tienen puntaje)</b>						
Residuos Infecciosos (Clase A):		Autoclave	Estufa	Químico	Incineración	Otros		
Placentas/patológicos (Clase A-3)		Incineración	Deshidratación y Cal			Otros		
Residuos Especiales (Clase B2):		de Farmacia		de Rayos X		de Laboratorio		
							Subtotal Tratamiento:	/3
<b>ALMACENAMIENTO FINAL:</b>								
	<b>Existe</b>	<b>Limpio</b>	<b>Techo / Tapa</b>	<b>No hay Vectores</b>	<b>Identificado</b>	<b>En buen estado</b>	<b>Aislado</b>	<b>Desinfectantes</b>
Area Especifica								
Basurero Residuos Infecciosos								
Basurero Residuos Comunes								
¿Es accesible el área de almacenamiento?:		¿Existen acceso de agua para limpieza?:		¿Hay un/a responsable del almacenamiento?:				
							Subtotal Almacenamiento Final:	/23
<b>TOTAL SERVICIO</b>							<b>/ 31</b>	<b>%</b>
Nombre y Firma del/la Evaluador/a: _____								
Nombre y Firma por el Establecimiento Salud: _____								
<b>PUNTAJE TOTAL:</b>							<b>/ 396</b>	<b>%</b>



### Anexo 3



Ministerio de Salud y Deportes

## INFORME MENSUAL DE VIGILANCIA DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS

CODIGO: R. A. SALUD INE – ..... (Mes/ Año 2005)

SEDES: \_\_\_\_\_ Gerencia de Red: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_

Establecimiento: \_\_\_\_\_ Mes: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_ Subsector: A B C D E F

Tipo de infección		Casos	Fallecidos	Aislamientos		Posibles causas
				Agente	No.	
Neumonía nosocomial	Ventilación mecánica			1. Staphylococcus aureus		
				2. Streptococcus pneumoniae		
				3. Pseudomona spp		
				4. Acinetobacter.		
				5. Hemophylus influenzae		
				6. Otros agentes:		
	Postrados			1. Staphylococcus aureus		
				2. Streptococcus pneumoniae		
				3. Pseudomona spp		
				4. Acinetobacter.		
				5. Hemophylus influenzae		
				6. Otros agentes:		
Infección de herida quirúrgica				1. Eschericia coli		
				2. Pseudomona spp		
				3. Klebsiella spp		
				4. Acinetobacter		
				5. Proteus spp.		
				6. Staphylococcus aureus		
				7. Otros agentes:		
Infección del tracto urinario				1. Eschericia coli		
				2. Enterococcus spp		
				3. Staphylococcus epidermidis		
				4. Klebsiella spp		
				5. Proteus spp.		
				6. Pseudomona spp		
				7. Otros agentes:		
Sepsis adquirida del RN				1. Estafilococcus aureus		
				2. Enterococcus spp		
				3. Klebsiella spp		
				4. Otros Gram neg.		
				5. Otros agentes:		
Sepsis por uso de catéter				1. Staphylococcus aureus		
				2. Pseudomona spp.		
				3. Enterobacter spp		
				4. Serratia marcensces.		
				5. Candida albicans		
				6. Otros agentes:		
Endometritis				1. Streptococcus B hemolitico		
				2. Neisseria gonorrea		
				3. Clamidia tracomatis		
				4. Otros agentes:		
Implante de prótesis				1. Estafilococcus aureus		
				2. Enterococcuss spp		
				3. Klebsiella spp		
				4. Otros agentes:		
Otras infecciones						
<b>Brotos ocurridos:</b>		<b>Casos</b>	<b>Fallecidos</b>	<b>Agente identificado</b>		<b>Total de egresos:</b>
Observaciones:						

## Instructivo para el llenado del formulario

Este formulario debe completarse mensualmente con la información correspondiente al mes correspondiente y debe enviarse al SEDES al cual pertenece la institución.

Para el llenado del formulario se seguirán los siguientes criterios.

1. Completar los datos generales de la institución.

- Establecimiento: Nombre de la institución
- Municipio y SEDES: donde está ubicada la institución
- Fecha (Mes): Mes al que corresponde la información
- Subsector: las categorías de Subsector, son A. Público; B. Seguridad social; C. ONG's; D. Iglesias; E. Privado; F: Fuerzas Armadas.

2. Datos de las IIH.

**Tipo de infección.** De acuerdo con los estándares internacionales, los tipos de IIH son: la neumonía nosocomial, la cual se presenta más frecuentemente en dos situaciones ventilación mecánica o postrados; la infección de herida quirúrgica, la infección del tracto urinario, etc.; según aparece en el formulario. Si se presenta otro tipo de infección relevante por su magnitud y trascendencia, describir en Otras infecciones.

**No. de casos:** indicar el número total de casos detectados.

**Fallecidos:** número de personas fallecidas a causa de la infección

**Aislamientos.** Teniendo en cuenta la frecuencia se especifican los siguientes agentes como los más comunes:

Stafilococcus aureus, Entocococo spp, Klebsiella spp, otros Gram negativos. Si se identifican otros agentes, mencionar de cual o cuales se trata.

**Posibles causas.** Se refiere, entre otras, a las siguientes posibilidades:

- aplicación inadecuada de normas de prevención y control
- problemas de esterilización.
- instrumentación o manipulación inadecuada del paciente.
- otras posibles causas (describir en observaciones)

**Brotos ocurridos.** Señalar al lado el número de brotes ocurridos y completar la información del total de casos, fallecidos y agente identificado. Independientemente de este resumen, cada brote de IIH debe incluir un reporte de la investigación realizada, con los aspectos específicos que requiere cualquier estudio de brote, incluidas las medidas tomadas.

**Total de egresos:** Número de egresos hospitalarios ocurridos en el periodo.

**Observaciones.** Describir cualquier otra información relevante en relación con la ocurrencia de IIH en la institución durante el periodo que se informa. Puede acompañarse de información cualitativa adjunta cuando algún problema particular así lo requiera.