

**Sistema de Vigilancia**

**DE LAS INFECCIONES  
INTRAHOSPITALARIAS**

**1 9 9 8**





**MINISTERIO  
DE SALUD**  
*Alfabeto primero*

**SISTEMA DE VIGILANCIA**

**DE LAS INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS**

**1998**

# Índice

Prólogo .....	5
Reseña histórica de la vigilancia epidemiológica de las IH .....	7
Normas de la vigilancia epidemiológica de IH .....	9
Sistema de vigilancia epidemiológica de las IH .....	11
Objetivos .....	11
Etapas de la vigilancia .....	12
Definiciones generales .....	12
Recolección de datos .....	13
Consolidación y análisis de los datos .....	14
Indicadores para la vigilancia .....	15
Divulgación de la información .....	18
Complementos del sistema de vigilancia .....	21
Estudios de mortalidad .....	21
Sensibilidad a los antimicrobianos .....	23
Evaluación del sistema de vigilancia .....	25
Vigilancia post egreso .....	26
Evaluación externa del sistema de vigilancia .....	27
Anexo I:	
Definiciones de IH por sitio específico .....	29
Infecciones urinarias .....	31
Infecciones del torrente sanguíneo .....	33
Neumonías .....	35
Endometritis puerperales .....	37
Infecciones de la herida operatoria .....	38
Infecciones gastrointestinales .....	39
Salud del personal en IH .....	40
Anexo II:	
Listado y códigos de los microorganismos .....	43
Anexo III:	
Formularios para el envío de la información .....	47
Llenado de los formularios .....	49

# PROLOGO

**L**as infecciones intrahospitalarias (IIH) son complicaciones frecuentes y severas de la atención hospitalaria. Al año se notifican sobre 30.000 IIH y se estima, con estudios de prevalencia, que la cifra real es el doble. Alrededor de 3% de las IIH se asocian a la muerte de pacientes. El costo de la atención de un paciente con IIH es, en promedio, más de cuatro veces que lo esperado en pacientes con enfermedades similares pero sin IIH.

Las IIH pueden ser prevenidas si se realizan programas de intervención apropiados, hecho ampliamente documentado en el país. Las principales características de los programas efectivos han sido: mantención de un sistema de vigilancia epidemiológica activa, realizar intervenciones para las IIH más frecuentes, focalizar las intervenciones en las IIH asociadas a procedimientos de atención de pacientes y la utilización de conocimientos científicos para normalizar las prácticas de atención de acuerdo a la evidencia existente. La vigilancia epidemiológica en sí ha tenido efecto en la disminución de las IIH, además de permitir conocer la situación local para las intervenciones.

Desde 1982, las actividades de vigilancia de IIH han tenido constante evolución. Hasta 1985, la recolección de datos se basaba en la notificación espontánea por el personal clínico, método que permitía detectar menos de 20% de las IIH. En 1986 se modificó el método de recolección de datos, estableciendo que la pesquisa debe ser realizada por profesionales capacitados que revisan fichas clínicas de pacientes que tienen factores de riesgo. Con este sistema, evaluado en el transcurso del Proyecto MINSAL/PNUD/OPS en 1986 - 1990, la pesquisa aumentó a sobre 45% a nivel nacional y se demostró que la capacidad de detectar las IIH se encuentra directamente relacionada al tiempo de enfermería de vigilancia disponible. Hospitales que cuentan con más de una enfermera por cada 200 camas son

capaces de detectar sobre 75% de las IIH. La pesquisa de IIH en los hospitales más grandes y complejos supera el 65% y es sobre 80% en los servicios clínicos de mayor riesgo.

La vigilancia ha permitido conocer los principales problemas de IIH del país y se ha documentado aumento del uso de la información en la toma de decisiones y en la evaluación de impacto de las acciones. Sin embargo, las necesidades actuales de información sobrepasan las proporcionadas por el sistema de vigilancia. El hecho que los factores de riesgo de los pacientes en los distintos hospitales son distintos hace compleja la comparación sin engorrosos procesos de ajuste. Hasta 1996, el sistema de vigilancia produce información sobre las IIH por servicio clínico sin datos sobre su asociación con factores de riesgo. Además, se conoce la frecuencia de sólo 13 microorganismos, dificultando la identificación de microorganismos nuevos o emergentes.

En 1995 se comenzó un proceso de revisión de la vigilancia con la participación del personal de todos los hospitales base de los Servicios de Salud del país elaborando una propuesta que se evaluó en 1996. Durante 1997 el sistema operó en todos los establecimientos siendo revisado durante 1998 para la elaboración de este documento. Entre las principales diferencias con los sistemas anteriores, la vigilancia actual permite conocer las tasas de IIH por factores de riesgo y todos los microorganismos causales. Este nuevo sistema es adaptable a la complejidad de los establecimientos, dado que se exige que los hospitales vigilen sólo los pacientes en riesgo, que puede ser variable. La vigilancia de los hospitales menos complejos es más simple y la de los hospitales complejos es más extensa, lo que debe considerarse en la asignación local de los recursos humanos para esta función.

MINISTERIO DE SALUD

6

## **RESEÑA HISTORICA DE LA VIGILANCIA DE IIH**

**E**l Programa de Prevención y Control de las IIH en el país ha tenido una gran evolución en las últimas décadas. Si bien varias de las actividades se inician y desarrollan en forma paralela, es posible diferenciar ciertos períodos con características predominantes y algunos de los hitos del programa permiten una visión global de su historia. Antes de 1980, las IIH se consideraban relacionadas con el ambiente, la arquitectura hospitalaria y portadores de microorganismos en el personal. Epidemiológicamente se presentaban en forma de brotes epidémicos particularmente de infecciones intestinales por distintos microorganismos, por virus Varicela-Zoster en servicios pediátricos o por bacterias cocáceas Gram (+). Las medidas de control se concentraron en el manejo de brotes, estudios de portadores, saneamiento ambiental básico, medidas de aislamiento y estudio microbiológico de los alimentos de los pacientes pediátricos.

A contar de 1981 se conoce que las IIH se asocian a procedimientos de atención de pacientes estrechamente relacionados con decisiones clínicas y que las IIH más frecuentes son endémicas, no epidémicas, con una importancia limitada del ambiente hospitalario en su generación. Esos hechos condicionan cambios fundamentales en el enfoque del programa. En el período 1981 - 1985 se forma la Comisión Nacional de IIH, se establece un sistema de vigilancia epidemiológica pasivo de las IIH, se norma la necesidad de contar con una enfermera de IIH en cada hospital y se inicia la capacitación del equipo de salud en estas materias en forma masiva.

Entre 1986 y 1991 se obtiene información sobre la situación nacional de las IIH, se modifica la vigilancia incorporando métodos activos de recolección de datos, mejorando la calidad del diagnóstico, y se elaboran normas de prevención para las IIH de mayor

relevancia. En este período se realizan múltiples actividades de capacitación del equipo de salud, en particular en epidemiología para el personal de la vigilancia. En este período se promueve, con éxito parcial, la participación médica en el análisis epidemiológico. La epidemia de VIH/SIDA aumenta la atención sobre la prevención de infecciones en el equipo de salud.

Desde 1991 a la fecha de esta publicación las actividades se concentran en la promoción de las intervenciones de prevención y control. La observación que los hospitales generan diagnósticos epidemiológicos pero con frecuencia no actúan sobre los problemas detectados hace necesario elaborar estrategias de intervención, que tienen dos características principales: responder a problemas de IH locales documentados y por *llevar la ciencia a la práctica*<sup>1</sup> en el control de infecciones con el fin de incorporar prácticas de atención conocidamente efectivas y eliminar prácticas de atención riesgosas o inútiles. La evaluación de impacto se convierte en uno de los pilares de los programas locales.

A mediados de la década de los 90 se establece el proceso de evaluación periódica de los programas por medio de un sistema de "Acreditación de Hospitales en IH" y se refuerza la necesidad de utilizar la supervisión local como un instrumento de cambios. Las actividades de salud del personal hospitalario se extiende a otros riesgos no infecciosos, tales como la protección ante ciertos agentes tóxicos utilizados en la prevención de las IH como son algunos desinfectantes y esterilizantes. El impacto de los programas locales de IH se utiliza como un indicador de gestión de los establecimientos.

# **NORMAS DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE IIH**

**(Manual de prevención y control de las IIH  
y normas del programa nacional - 1993)**

- Los hospitales deben contar con un sistema de vigilancia con métodos activos de recolección de datos que considere, al menos, la revisión de las fichas clínicas de los pacientes con factores de riesgo y pacientes con resultados positivos de cultivos microbiológicos u otros indicadores de laboratorio de infección.
- Cada hospital debe definir cuáles son los pacientes que deben ser vigilados activamente basados en los procedimientos invasivos que más se realizan en el hospital, tipo de pacientes que se hospitalizan y condiciones indicadoras que pueden deberse a las IIH. El hospital debe definir la periodicidad con que se vigilarán los pacientes.
- Debe existir un equipo multiprofesional responsable de la vigilancia epidemiológica compuesto al menos por un médico con funciones de epidemiología, la(s) enfermera(s) de control de IIH y un microbiólogo con horas asignadas a las tareas. Las funciones de este comité de vigilancia y de cada uno de estos componentes están documentados en el establecimiento.
- El equipo de vigilancia debe haber sido capacitado especialmente para sus funciones.
- La notificación de las IIH es responsabilidad de la(s) enfermera(s) de IIH, basada en un manual de definiciones estandarizadas para cada tipo de infección.
- La vigilancia debe proporcionar información oportuna sobre la incidencia de las infecciones, asociación a procedimientos invasivos, mortalidad, agentes etiológicos más frecuentes y patrones de resistencia de los microorganismos.
- Deben existir indicadores epidemiológicos de las tasas esperadas de IIH por localización y agente etiológico con el fin de detectar precozmente los brotes epidémicos.
- Deben existir normas y procedimientos para el estudio y manejo de brotes epidémicos en los que se especifica cómo y quién asumirá el liderazgo en la investigación y manejo de brotes epidémicos y las atribuciones que tiene. Las personas responsables de esta actividad deberán contar con tiempo designado para realizarla durante la epidemia y ser miembros permanentes o transitorios del comité de IIH.
- El hospital ha definido y mantiene un sistema de difusión de la información de la vigilancia a todos los miembros del equipo de salud que deben conocerlo.
- El sistema de vigilancia debe ser evaluado anualmente con estudios de prevalencia u otro método equivalente.