



VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Hospital Pediátrico "Dr. A. L.
Castellán"

Boletín N° 1

Enero 2008

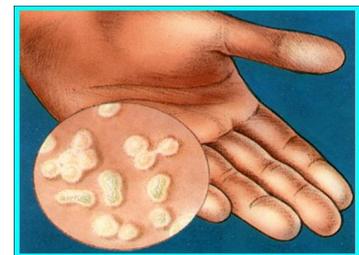
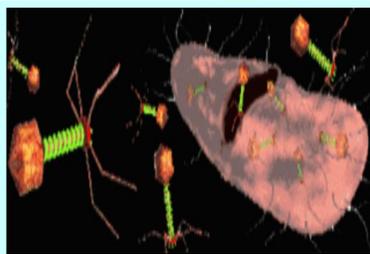


VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE INFECCIÓN HOSPITALARIA

✚ Introducción, Objetivos, Actividades e Indicadores de Calidad del Cuidado de la Salud.

ÁREAS DEFINIDAS PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA:

✚ **UCIP** : Situación Diagnóstica por POE (Procedimiento Operativo Estandarizado)



- ✓ **Tasas de infecciones relacionadas a procedimientos invasivos.**
- ✓ **Tasa de utilización.**
- ✓ **Prevalencia de microorganismos**
- ✓ **Patrón de sensibilidad antibiótica.**
- ✓ **Tasa de mortalidad no relacionada a infección.**
- ✓ **Prevalencia de lavado de manos y ATB**

✚ **QUIRÓFANO**: Situación Diagnóstica por POE (Procedimiento Operativo Estandarizado)

- ✓ **Tasa de ISQ.**
- ✓ **Tasa de Cumplimiento de Profilaxis Prequirúrgicas, Intraquirúrgicas y Postquirúrgicas**



Autores: Lic. Sánchez Gladis Maria.
Dra. Marys Macarrein/Euliarte Cristina.
Colaboración: Enf. Sosa Miriam.

INTRODUCCION

Según (NHSN) Red de Seguridad Nacional para el Cuidado de la Salud desde el punto de vista de Salud Pública la vigilancia se define como:

“la recolección sistematizada de datos, análisis, procesamiento estadístico y posterior divulgación con el fin de evaluar, reforzar y/o establecer nuevas estrategias para el control de infecciones”.

Según (APIC) profesionales de control de infecciones, aplican esta definición para reducir y prevenir las infecciones asociadas al cuidado de la salud y para asegurar la atención de los pacientes.

La vigilancia, como parte de los programas de control y prevención de las infecciones en las instituciones de salud, contribuye a lograr los objetivos globales del programa.

La demostración del Indicador de Calidad del cuidado de la salud incluye la documentación de los resultados del cuidado. La vigilancia es un método amplio para medir resultados y procesos de cuidado, analizar datos y brindar información a los miembros del equipo de salud, para asistir en el mejoramiento de esos resultados

Para muchos países del mundo incluido el nuestro, un referente comparativo en un periodo inicial a nivel internacional utilizado en las instituciones en donde se realiza vigilancia epidemiológica en forma activa, es el Sistema NNIS (Sistema Nacional de Vigilancia de las Infecciones Hospitalarias en Estados Unidos)

Desde la década del 70, este sistema ha marcado el camino en el desarrollo e implementación de sistemas de vigilancia. Con el correr de los años ha presentado cambios estructurales para mejorar. El último cambio elaborado durante el transcurso del año 2004 ha sido la creación de una **Red de Seguridad Nacional para el Cuidado de la Salud (NHSN)**. Este es un sistema que reemplaza al NNIS y además se suma otros sistemas existentes en Estados Unidos.

La Red de Seguridad Nacional para el Cuidado de la Salud (NHSN): es un sistema actual para acumular, intercambiar e integrar información relevante sobre eventos infecciosos y no infecciosos asociados al cuidado de la salud que ha comenzado a utilizarse en los Estados Unidos desde fines del año 2004.

Objetivos Generales:

- ✓ Ofrecer orientación técnica permanente a quienes tienen la responsabilidad de decidir sobre la ejecución de acciones de prevención y control, facilitando a tal efecto, la información actualizada sobre la ocurrencia de las enfermedades, los factores condicionantes y las poblaciones definidas.
- ✓ Plantear la necesidad de implementar medidas de control adecuada a cada nivel de resolución y evaluar su impacto.
- ✓ Apoyar la planificación y prestación de los servicios de salud.
- ✓ Determinar la necesidad de investigación en salud.
- ✓ Apoyar la planificación y prestación de los servicios de salud
- ✓ Identificar los grupos de riesgo para cada tipo de evento

Objetivos Específicos:

- ✓ Conocer y disminuir tasa de infección para prevenir precozmente los eventos.
- ✓ Plantear la necesidad de implementar medidas de control adecuada a cada nivel de resolución y evaluar su impacto.



INFECTOLOGÍA Y COMITÉ DE INFECCIÓN HOSPITALARIA

- ✓ Determinar la necesidad de investigación en salud.
- ✓ Determinar tasa endémica de Infección Hospitalaria.
- ✓ Detectar incremento en la frecuencia del nivel endémico
- ✓ Informar y prevenir al personal de salud sobre los riesgos propios derivados del cuidado de pacientes

Actividades de la Vigilancia:

- ✓ Planificar e implementar un sistema de Vigilancia Epidemiológica (VE) continua y activa, prospectiva, específica en las áreas de cuidados críticos: Unidades de Cuidados pediátricas, teniendo en cuenta los siguientes procedimientos invasivos (PI): Catéter Venoso Central, Catéter Urinario y Asistencia Respiratoria Mecánica.
- ✓ Planificar e implementar un sistema de VE continua y activa en las cirugías general (Apendicectomía, invaginación intestinal), cirugías traumatoquirúrgica y neuroquirúrgicas.
- ✓ El sistema de VE incluye:
 - ◆ Recolección y registro de datos.
 - ◆ Procesamiento, análisis e interpretación de los datos.
 - ◆ Difusión de conclusiones y recomendaciones.
- ✓ Complementado con:
 - ◆ Capacitación.
 - ◆ Supervisión.
 - ◆ Evaluación.
- ✓ Realizar estudios de prevalencia para determinar el nivel de cumplimiento de técnicas y procedimientos de control de infecciones por parte del personal asistencial (un estudio semestral de lavado de manos, cortes de ATB y otros procedimientos).



UCIP: Situación Diagnostica por POE (Procedimiento

Operativo Estandarizado:

<u>VARIABLES</u>	<u>CUMPLI- MIENTO</u>	<u>PONDE- RADO</u>	<u>ESPE- RADO</u>	<u>Hospital REAL</u>
Cuenta con Área limpia y sucia	2	3	6	6
Mesada de fácil limpieza	2	3	6	6
Iluminación artificial adecuada	2	3	6	6
Ventanas cerradas	2	3	6	6
Agua fría	2	3	6	6
Agua caliente	1	2	2	2



Elementos para higiene de manos (jabones liq. Comunes y antisépticos, toallas, alcogel)	2	3	6	6
Números de piletas adecuada para el Área	2	3	6	6
Descartador cortopunzante por cada área	2	3	6	6
Recipiente de residuos (patológico y no patológico.)	2	3	6	6
Recipiente para ropas sucias y limpias	2	3	6	6
Mueble con puerta para ropas limpias	2	3	6	6
Muebles con cerradura para elementos biomédicos	2	3	6	6
Números de unidades y distancia recomendada inadecuada	1	3	6	3
Unidades de aislamientos inadecuado	1	3	6	3
Elementos de bioseguridad disponible	2	3	6	6
Interrelación con quirófano	0	3	6	0
Interrelación con central de esterilización	1	3	6	3
Interrelación con emergencia	0	3	6	0
Capacidad edilicia inadecuada	1	3	6	3
Heladera para biberones con leche durante 18 horas y biberones estériles.	2	3	6	6
Área de biberones sucios	2	3	6	6
Preparación de medicamentos centralizado	2	3	6	6
total	37	68	134	110

Puntaje de cumplimiento:

0 = no cumple.

1 = cumple parcialmente

2 = cumple totalmente.

Puntaje de ponderado: significado mínimo = 1, medio = 2, máximo (debe estar) 3.

Resultado:

$$\text{Tasa de cumplimiento de área} = \frac{110}{134} \times 100 = 82\%$$

Problema observado en el área de UCIP, en la tasa de cumplimiento, está relacionada directamente a la estructura edilicia, donde se observa la necesidad de ampliación del Área, a pesar de dicho problema se obtuvo un alto acatamiento de las normatizaciones para la prevención de infección que se reflejan en las tasas presentada posteriormente en tablas y gráficos.

En esta institución se incorporó **VE** en el año 2004 con el ingreso al estudio VALIDAR que utiliza el software Epi-Control para el análisis, procesos estadísticos y posterior divulgación de datos recolectados en planillas en forma manual. Los resultados obtenido en tasas, se compara



INFECTOLOGÍA Y COMITÉ DE INFECCIÓN HOSPITALARIA

internacionalmente con el sistema NNIS (Sistema Nacional de Vigilancia de Infección Hospitalaria de U.U.EE.). Para poder realizar el Control de las infecciones relacionada a la Salud, se designó una Enfermera en Control de Infección (ECI), quién inició un estudio de cohorte prospectivo, desde Junio a Diciembre del 2004. Este sistema se llevó a cabo en dos etapas: En la primera desde Junio a Diciembre periodo en el cual se presentó situación diagnóstica institucional y se comenzó con la recolección y proceso de datos. En la segunda etapa a partir de Enero del 2005 hasta la actualidad, se realizan intervenciones, por medio de seguimiento longitudinal activa en la Unidad de cuidados intensivos y con las cirugías de mayor prevalencia (Apendicectomía, Neurocirugía, traumatología en cirugía abierta). Reorganizando el Comité de Infecciones, se confeccionó y presentó un Programa de Control de Infección (PCI) bianual, que incluyó talleres de educación continua (formal e incidental) del personal del hospital y paralelamente se elaboraron Normas relacionadas a la prevención y control de infección asociada al cuidado de la salud y sus actualizaciones permanentes, semestralmente se realizan cortes de prevalencia de adecuabilidad antimicrobiana y lavado de manos.

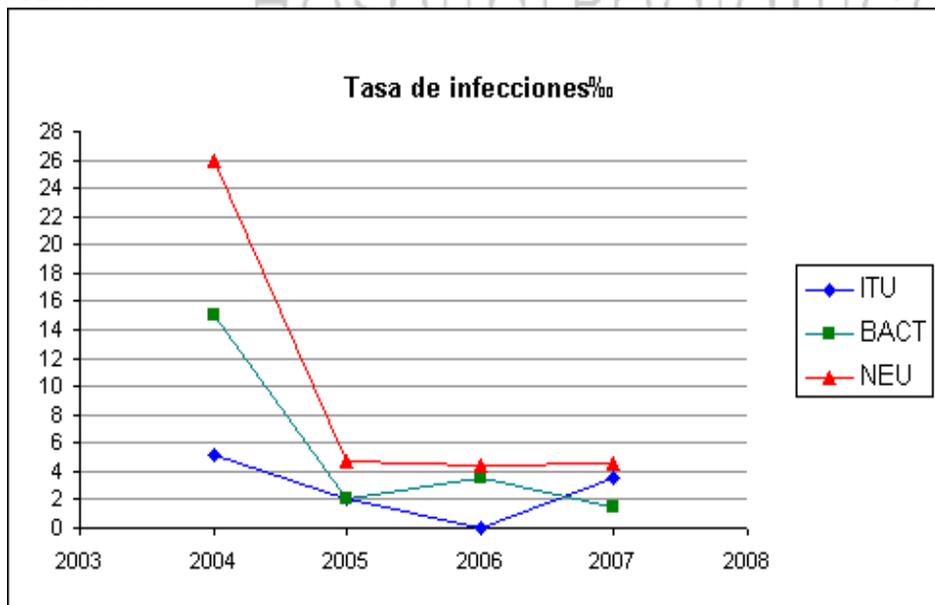
Resultados cuantitativos y comparativos:

1.- Tabla N° 1 tasas comparativas de infecciones intrahospitalaria específica desde el año 2004 hasta el 2007, intrainstitucional y comparativa internacional (NNIS 2004)

Relacionada por cada 1000 días = 1 episodio por cada 1000 días de uso de elementos invasivos.

Sitio primario de infección relacionado a factores de riesgos	2004 T. de infección ‰ NNIS – HOSP.	2005 T. de infección ‰ Hospitalaria	2006 T. de infección ‰ Hospitalaria	2007 T. de infección ‰ Hospitalaria
ITU	4.0 - 5.2	2.1	0	3.5
BACT	6.6 - 15	2	3.57	1.5
NEU	2.9 - 26	4.67	4.46	4.58

1.- Gráficos N° 1: Tasas Comparativas de infecciones intrahospitalaria específica de 2004 hasta el 2007.





Significado de abreviaturas:

NNIS = Sistema Nacional de Vigilancia de infecciones Nosocomiales de los (EE. UU).

BACT = Bacteriemia, CVC = Catéter Venoso Central, ITU = Infección del Tracto Urinario. S.V. = Sonda Vesical.

NEU = Neumonía, ARM = Asistencia Mecánica Respiratoria, St. C. + = Staphilococcus Cuagulasa positivos.

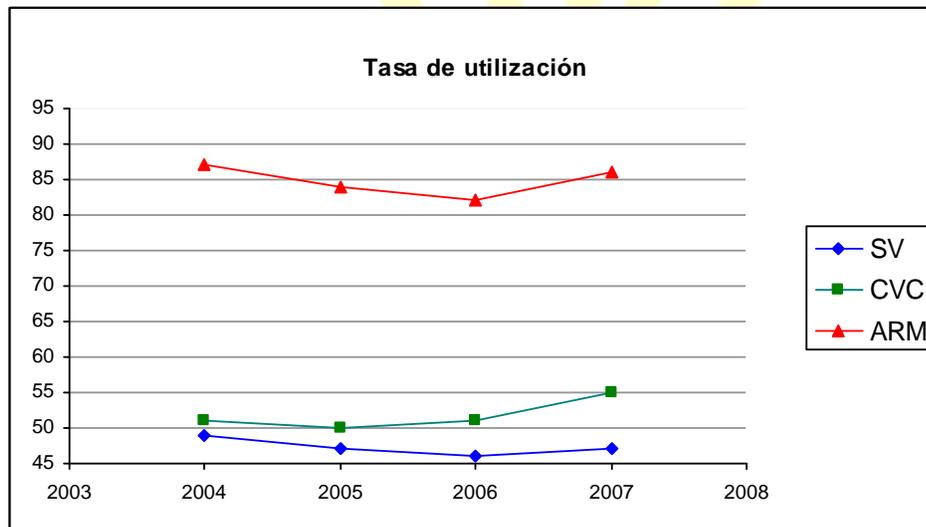
St. C. - = Staphilococcus cuagulasa negativo

2.-Tabla N° 2: Tasa de utilización de factores de riesgo primario hospitalario en comparativa con NNIS distribuida anualmente.

En las Tasas de utilización se observa un porcentaje muy elevado, lo cual se encuentra relacionado con los diferentes tipos de pacientes, quienes tienen alto riesgos de salud (negativos y positivos), basado en la evaluación de la población de UCIP

2.-Tasa de utilización de factores de riesgo primarios	2004 T. de Utilización % NNIS – HOSP.	2005 T. de Utilización % Hospitalaria	2006 T. de Utilización % Hospitalaria	2007 T. de Utilización % Hospitalaria
SV	30% - 49%	47%	46%	47%
CVC	46% - 51%	50%	51%	55%
ARM	39% - 87%	84%	82%	86%

Gráfico N° 2: tasa utilización de factores de riesgos primario relacionado por año intrahospitalaria



"Dr. Avelino L. Castellan"
Ministerio de Salud Pública
Provincia del Chaco

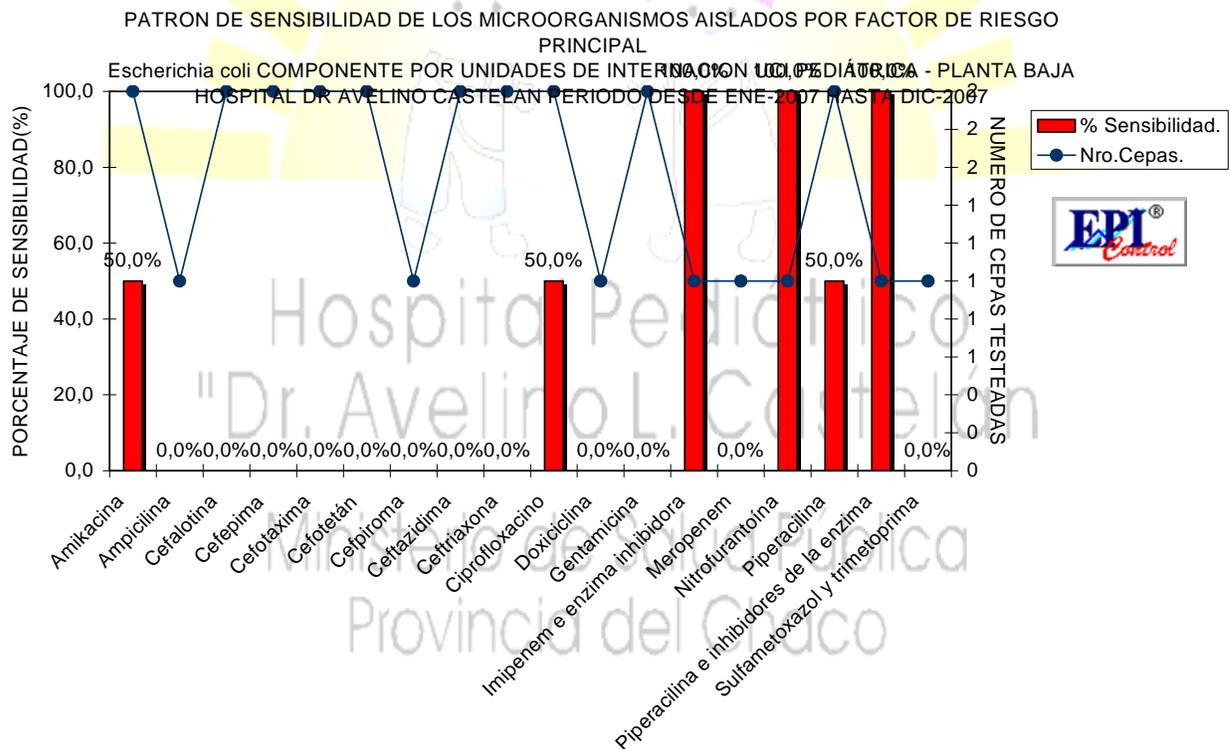


EVOLUCIÓN DE MICROBIOLOGÍA

Se observa en el último año que los microorganismos han adquirido mayor Resistencia a los Antimicrobianos y las variables pueden ser múltiples en paciente con alto riesgo de morbilidad.

3 y 4.- Patrón de microorganismos de mayor prevalencia en las infecciones				
Infección confirmado por laboratorio	2004	2005	2006	2007
ITU	Pseudomona A.	Echerichia Coli	Ninguno	E. Coli y E Coli productora de Blee
NEU.	St. Aureus meticilino resistentes, St. C.+, St.C -, Pseudomonas A., Acinetobacter	Klebsiella Pneumoniae, Pseudomonas Auriginosa.	Klebsiella Pneumoniae, St.C.+ Pseudomonas A.	Pseudomonas A.
BACT	St. C. +, Pseudomonas A.	Klebsiella sp	Pseudomona A. St.C.+ klebsiella, Pneumoniae	Serratia productora de Blee

Ejemplo de cambio de sensibilidad de microorganismos





INFECTOLOGÍA Y COMITÉ DE INFECCIÓN HOSPITALARIA

Tabla de tasa de Mortalidad no relacionada a infección hospitalaria, comparativa de 4 años

Tasa de Mortalidad no Relacionado a Infecciones intrahospitalaria	2004 %	2005 %	2006 %	2007 %
	1,6	1,7	2,0	1,6



QUIRÓFANO: Situación Diagnostica por POE

(Procedimiento Operativo Estandarizado)

Estructura física área quirófanos	cumplido	ponderado	esperado	Real
Ubicado planta alta lejo de Esterilización	0	3	4	0%
Ubicado lejo de pacientes de alto riesgo.	0	3	6	0%
Ubicado en planta alta relacionado con otras unidades funcional.	1	3	6	3%
Cuenta con tres quirófanos limpio y 1 sucio insuficiente para la población	1	3	6	3%
Cuenta con áreas para almacenamiento de equipos, Materiales y ropas.	2	3	6	6%
Cuenta con contenedores de acero inoxidable.	2	3	6	6%
Circulación delimitada en 3 áreas, libre (vestuario, secretaría) semi restringida (pasillos internos, sala de anestesia) y restringida (quirófano propiamente dicho)	2	3	6	6%
Pisos impermeables, compactos y con zócalo sanitario.	2	3	6	6%
Techos lisos, paredes azulejada	1	3	6	3%
Puertas. baiben	1	3	6	3%
Ventanas selladas serradas.	2	3	6	6%
Circulación de personal y material limpio y sucio	0	3	6	0%
Baños, fuera del bloque quirúrgico.	2	3	6	6%
Piletas para el lavado de manos quirúrgico. exclusivas para tal fin,.	2	3	6	6%
Temperatura con aire acondicionado sin filtro HEPA	0	3	6	0%
Ingreso y egreso de paciente	1	3	6	3%



TOTAL	19	47	94	57%
-------	----	----	----	-----

CUMPLIMIENTO		PONDERADO	
0	No cumple. No hay.	1	Puede ser o estar
1	Cumple parcialmente.	2	Debe ser o estar
2	Cumple totalmente	3	Es ley. Si no está el riesgo es alto

Resultado: $\frac{57}{94} \times 100 = 60,6\%$

De acuerdo a la valoración realizada, el área de quirófano de nuestro hospital cumple en un 60,6% con las condiciones deseables, lo que está relacionado con la estructura física. Los problemas observados son meramente edilicios. En el cumplimiento con las normatizaciones se cumple en un 80% y se continúa reforzando mediante talleres y charlas a todo el personal del área.

Tasa de Cumplimiento de ATB en profilaxis quirúrgicas.

Tasa de cumplimiento De profilaxis de ATB	Nº de procedi- mientos totales	PRE. %	INTRA. %	POS. %	S/PRO %
2004 desde Julio a Diciembre	147	96	100	76	2
2005	335	96	100	60	4
2006	330	94	100	80	6
2007	157	99	100	72	2

Referencias: PRE. = Prequirúrgico. INTRA. = Intraquirúrgico. POS. = Posquirúrgico-S/PRO. Sin Profilaxis.

Tasa de infección de sitio quirúrgico (ISQ)

TASA CRUDA DE INFECCIÓN %	2004	2005	2006	2007
I.S.Q.	19	15	13	11

La Vigilancia de Infección de Sitio Quirúrgico (ISQ), se especificó a partir del 2007, en base a conocimientos recibido en el Curso de Control de Infección.



INFECTOLOGÍA Y COMITÉ DE INFECCIÓN HOSPITALARIA

No se puede realizar tasas, si el número de caso de cirugías no supera 35 unidades anualmente y no se debe realizar tasa de infección de cirugía de general.

En el informe de Vigilancia Epidemiológica relacionado a las infecciones del sitio quirúrgico (ISQ). Podemos decir que el cumplimiento de las indicaciones médica de profilaxis prequirúrgica 2 horas previa a la cirugía, desde el año 2004, a la actualidad en este hospital, oscila entre el 92 al 99%. (Este procedimiento previene entre el 40 a 60% de las ISQ, y se estima que el sobre uso, mal uso o menor uso de antibióticos como profilaxis quirúrgica ocurre en el 25%-50%, según NNIS del CDC). En la Argentina por tasas ajustadas de herida contaminada/sucia, el reporte oscila entre 1,75 a 2.96%).

1.- En los casos de actos quirúrgico mayor de dos horas se ha utilizado profilaxis intraquirúrgica en un 100%.

2.- La prolongación de la profilaxis en el postquirúrgico tiene indicaciones precisas, pero en nuestro hospital se encuentra entre el 60 y 80% de las cirugías, este porcentaje es alto, el cual se podría disminuir con una evaluación crítica de cada caso.

Los episodios de infección que se han observados son de tejidos superficiales (absceso de pared), con gérmenes sensibles del mismo paciente. En cirugías de heridas limpias-contaminadas, Como es la Peritonitis Apendicular, el porcentaje es de 11%, esto se podría mejorar ajustando las medidas de prevención relacionada al acto quirúrgico.

3.- Las ISQ, de órganos y espacios (Cirugía abdominales), está entre 4% y 8 %. En este punto es necesario recalcar a los integrantes del grupo quirúrgico la utilidad de los cultivos, cada vez que se interviene al paciente, para poder utilizar adecuadamente los antimicrobianos y evitar la resistencia microbiana.

4.- En traumatología (cirugía expuesta), en el 2007, se presentó un caso de infección por SMTR, no se pudo obtener tasa porque el denominador no supera los 35 casos anuales.

5.- En Neurocirugía el porcentaje supera el 32% de infecciones con gérmenes de la piel. Aquí existen controversias acerca de la efectividad de la profilaxis ATB. Se debería extremar las medidas de prevención, evitando los rasurados de las zonas quirúrgicas, mantener estrictamente los pasos del acto quirúrgico en neurocirugía considerando que las transmisiones se realizan por medio directo e indirecto.

LAVADO DE MANOS: Adhesión y cumplimiento



La técnica observada en quienes lavaron sus manos antes de atender a los pacientes fue considerada: "Técnica correcta" cuando por lo menos se cumplimentaban los siguientes aspectos: duración del fregado no inferior a 15 segundos, personal sin reloj, anillos o pulseras (se aceptó la presencia de un solo anillo), muñecas libres de vestimenta (recogida a la altura del antebrazo) y lavado / frotado de toda la superficie de las manos, incluidas muñecas y pliegues interdigitales.

En todas las observaciones se registró el profesional actuante. Se tuvo en cuenta no sólo al plantel estable de cada unidad de internación observada, sino también a todo profesional ajeno a la misma pero que se contactaba por diferentes motivos con los pacientes internados. Este último grupo fue denominado: "**consultores**" e incluyó a kinesiólogos, personal de laboratorio, radiología, cirujanos, médicos/as y enfermeros/as.

Evaluación: por medio de dos cortes de **prevalencia** anual

RESULTADOS: Obteniéndose las tasas correspondientes en porcentaje, que se presenta en las



INFECTOLOGÍA Y COMITÉ DE INFECCIÓN HOSPITALARIA

tablas que se presenta a continuación,

TABLA Nº 1
Porcentaje de lavado de manos según unidad de internación

Unidad de Internación	Nº lavado de manos antes de atender a los pacientes	Nº total de observaciones	% de lavado de manos
Sala de bajo riesgo	49	79	62%
S. de mod. Riesgo quemado, quir.	35	78	45%
Sala de polivalente agudo	25	50	50%
Sala de aislamiento	18	55	36%
ucin/ucip alto riesgo	40	63	64%
Total	183	325	56%

TABLA Nº 2
Porcentaje de lavado de manos según uso de técnica correcta

Unidad de Internación	Nº lavado de manos usando "Técnica correcta"	Nº lavado de manos antes de atender a los pacientes	% de lavado de manos usando "Técnica correcta"
Sala de bajo riesgo	13	49	27%
S. de mod. Riesgo quemado, quir.	13	35	37%
Sala de polivalente agudo	7	25	28%
Sala de aislamiento	5	18	28%
ucin/ucip alto riesgo	11	40	20%
Total	59	183	32%

TASA DE ADECUABILIDAD ANTIMICROBIANA



Las variables condicionantes de este procedimiento son enormes, y se debe continuar trabajando enérgicamente sobre el tema para mejorar el porcentaje de la tasa **Adecuabilidad Antimicrobiana**, considerando que se observa en descenso comparativamente entre los años 2004 y 2007.

HOSPITAL DR AVELINO CASTELAN
COMPONENTE HOSPITALARIO GLOBAL



22

REPORTE

PATRON DE USO DE MEDICAMENTOS

GRAFICAR

GRAFICAR

Juan B. Justo Nº 1136 – Resistencia – Chaco

T.E.: (03722) 441477-424859

e-mail: msp_pediatico@ecomchaco.com.ar

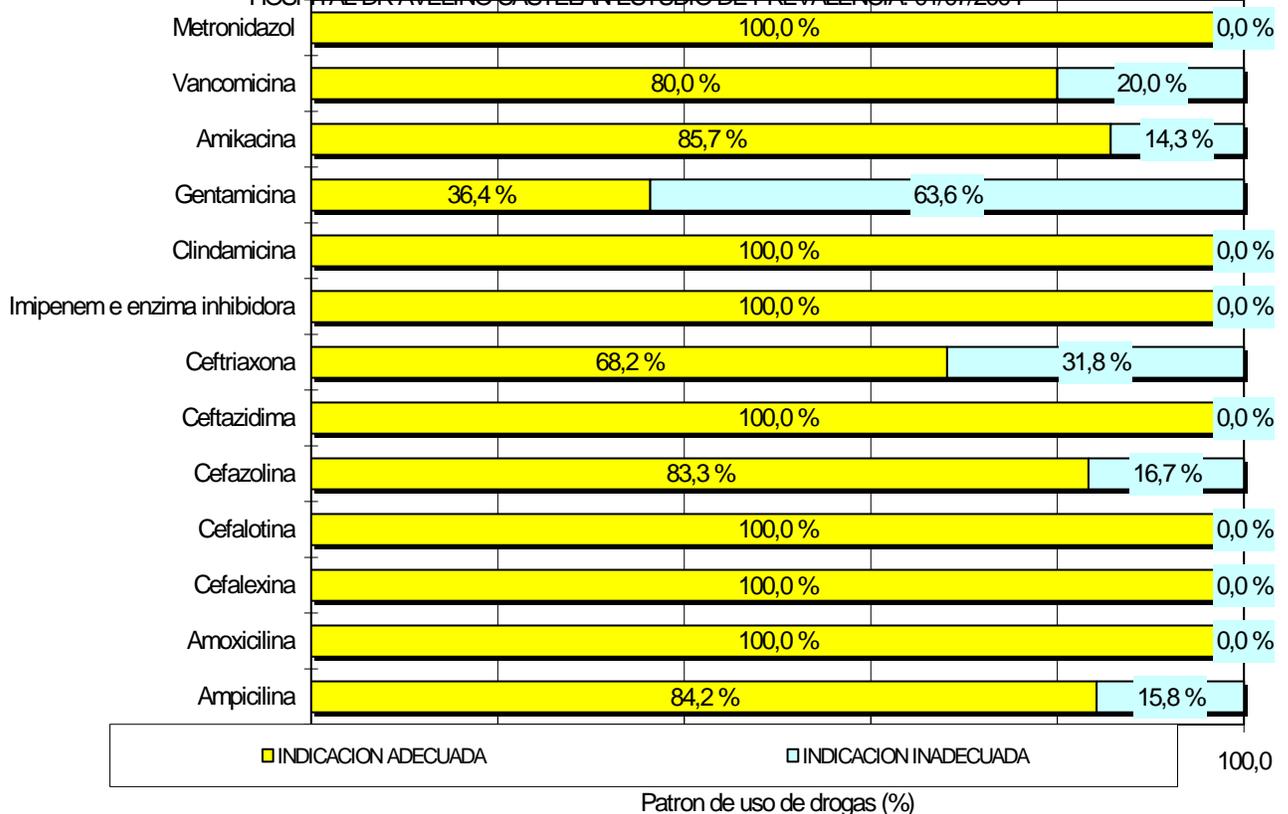


ESTUDIO DE PREVALENCIA: 01/07/2004

DROGAS NIVEL 5	INDICACION ADECUADA		INDICACION INADECUADA		TOTAL INDICACION	FRECUENCIA RELATIVA
	n	%	n	%	n	%
J01CA01 Ampicilina	16	84,21	3	15,79	19	21,59
J01CA04 Amoxicilina	2	100,00	0	0,00	2	2,27
J01DA01 Cefalexina	1	100,00	0	0,00	1	1,14
J01DA03 Cefalotina	1	100,00	0	0,00	1	1,14
J01DA04 Cefazolina	10	83,33	2	16,67	12	13,64
J01DA11 Ceftazidima	2	100,00	0	0,00	2	2,27
J01DA13 Ceftriaxona	15	68,18	7	31,82	22	25,00
J01DH51 Imipenem e enzima inhibidora	2	100,00	0	0,00	2	2,27
J01FF01 Clindamicina	1	100,00	0	0,00	1	1,14
J01GB03 Gentamicina	4	36,36	7	63,64	11	12,50
J01GB06 Amikacina	6	85,71	1	14,29	7	7,95
J01XA01 Vancomicina	4	80,00	1	20,00	5	5,68
J01XD01 Metronidazol	3	100,00	0	0,00	3	3,41
	67	76,14	21	23,86	88	100,00

REFERENCIAS: TIPO DE DROGAS: TODAS TIPO DE TRATAMIENTO: TODOS CATEG. TRATAMIENTO: TODAS DROGAS

PATRON DE USO DE MEDICAMENTOS TIPO DE DROGAS: TODAS TIPO DE TRATAMIENTO: TODOS CATEG. TRATAMIENTO: TODAS DROGAS NIVEL 5: TODAS COMPONENTE HOSPITALARIO GLOBAL
HOSPITAL DR. AVELINO CASTELAN ESTUDIO DE PREVALENCIA: 01/07/2004





HOSPITAL DR AVELINO CASTELAN
COMPONENTE HOSPITALARIO GLOBAL



REPORTE

PATRON DE USO DE MEDICAMENTOS

GRAFICAR

GRAFICAR

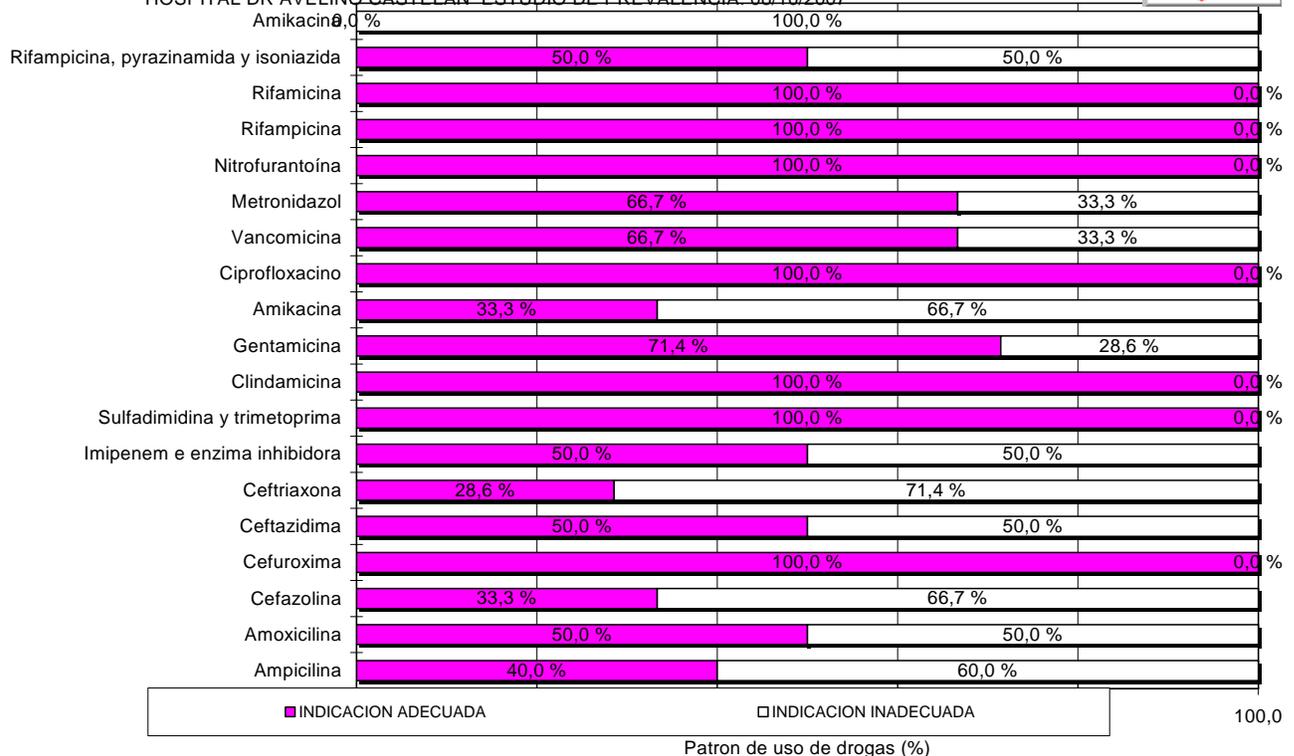
ESTUDIO DE PREVALENCIA: 08/10/2007

	DROGAS NIVEL 5	INDICACION ADECUADA		INDICACION INADECUADA		TOTAL INDICACION	FRECUENCIA RELATIVA
		n	%	n	%	n	%
J01CA01	Ampicilina	4	40,00	6	60,00	10	13,89
J01CA04	Amoxicilina	1	50,00	1	50,00	2	2,78
J01DA04	Cefazolina	4	33,33	8	66,67	12	16,67
J01DA06	Cefuroxima	1	100,00	0	0,00	1	1,39
J01DA11	Ceftazidima	2	50,00	2	50,00	4	5,56
J01DA13	Ceftriaxona	2	28,57	5	71,43	7	9,72
J01DH51	Imipenem e enzima inhibidora	1	50,00	1	50,00	2	2,78
J01EE05	Sulfadimidina y trimetoprima	1	100,00	0	0,00	1	1,39
J01FF01	Clindamicina	1	100,00	0	0,00	1	1,39
J01GB03	Gentamicina	5	71,43	2	28,57	7	9,72
J01GB06	Amikacina	2	33,33	4	66,67	6	8,33
J01MA02	Ciprofloxacino	1	100,00	0	0,00	1	1,39
J01XA01	Vancomicina	4	66,67	2	33,33	6	8,33
J01XD01	Metronidazol	4	66,67	2	33,33	6	8,33
J01XE01	Nitrofurantoina	1	100,00	0	0,00	1	1,39
J04AB02	Rifampicina	1	100,00	0	0,00	1	1,39
J04AB03	Rifamicina	1	100,00	0	0,00	1	1,39
J04AM05	Rifampicina, pyrazinamida y isoniazida	1	50,00	1	50,00	2	2,78
D06AX12	Amikacina	0	0,00	1	100,00	1	1,39
		37	51,39	35	48,61	72	100,00

REFERENCIAS: TIPO DE DROGAS: TODAS. TIPO DE TRATAMIENTO: TODOS
CATEG. TRATAMIENTO: TODAS.

INFECTOLOGÍA Y COMITÉ DE INFECCIÓN HOSPITALARIA

PATRON DE USO DE MEDICAMENTOS TIPO DE DROGAS: TODAS TIPO DE TRATAMIENTO: TODOS CATEG.
TRATAMIENTO: TODAS DROGAS NIVEL 5: TODAS COMPONENTE HOSPITALARIO GLOBAL
HOSPITAL DR AVELINO CASTELAN ESTUDIO DE PREVALENCIA: 08/10/2007



Conclusiones:

El sistema de Vigilancia implementado en esta institución, consiguió el apoyo político de las autoridades directivas, se logró trabajar con la información para realizar cambios en las conductas. Se obtuvo una importante disminución de la tasas de infección hospitalaria, igualmente se debe continuar trabajando para lograr la concientización del equipo de salud;

En cuanto al cumplimiento del **lavado de manos**, se pueden mejorar los porcentajes de cumplimiento que se han mantenido durante los 4 años, por contar con todos los elementos para realizar esta técnica imprescindible, económica y eficiente para la prevención de infección.

Pondremos mayor esfuerzo en las áreas de **limpieza y alimentación** que son los sectores que presentan mayor incumplimiento de los principios de las normatizaciones y están potencialmente relacionados con brotes de infecciones hospitalarias.

En lo relacionado al **cumplimiento de la adecuabilidad del tratamiento antibiótico**, ha descendido en los 4 años, lo que se puede mejorar consultando las normas, vademécum y mayor interconsulta a los Infectólogos de esta institución y los resultados bacteriológicos oportunos.

Las infecciones hospitalarias están también relacionadas con la calidad de la **Central de Esterilización** tanto en funcionamiento estructural y conocimiento. En el año 2004 se refuncionalizó identificando las áreas diferentes y los circuitos, realizando controles de calidad continua, teniendo en cuenta la utilización de esterilizadores obsoletos, además el 90% del personal recibió capacitación de empírico a técnica auxiliar en esterilización.