EsSalud
LA PRIORIDAD ES EL ASEGURADO

RESOLUCION DE GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD N° 059 -GCPS-ESSALUD-2008

Lima, 16 DIC. 2008

CONSIDERANDO:

Que por Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 012-PE-EsSalud-2007 de fecha 10 de enero de 2007, se aprobó la Estructura Orgánica y el Reglamento de Organización y Funciones de EsSalud, el mismo que en su articulo 31 establece como función de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud desarrollar y normar la Vigilancia en Salud Pública e Inteligencia Sanitaria Institucional.

Que, por Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 230-PE-EsSalud-2008 de fecha 20 de mayo 2008, se aprobó el Reglamento de Organización y Funciones de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud, considerando dentro de su estructura a la Oficina de Planeamiento y Calidad como Unidad Orgánica de Asesoramiento, la cual tiene como función: elaborar, y proponer lineamientos de política, estrategias y objetivos relativos a los Sistemas de Gestión de la Calidad, Sistema de Vigilancia en Salud Pública e Inteligencia Sanitaria y la Salud Ocupacional en EsSalud.

Que la Oficina de Planeamiento e Inteligencia Sanitaria como Unidad Orgánica de la Oficina de Planeamiento y Calidad tiene como función: planificar y organizar el Sistema de Vigilancia de la Salud Pública e Inteligencia Sanitaria; ha elaborado y formulado el documento técnico que contiene el proceso de implantación del Sistema de Vigilancia en Salud Pública e Inteligencia Sanitaria Institucional, proponiendo su aprobación.

De acuerdo a las facultades conferidas;

OFICINA DE PLANEAMIENTO Y CALIDAD V°B° ..... JEFE GCPS-ESSALUD

SE RESUELVE:

1° APROBAR la "GUIA METODOLOGICA PARA LA IMPLANTACION INSTITUCIONAL DEL SISTEMA DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA E INTELIGENCIA SANITARIA" y sus documentos técnicos que la conforman:

- "MANUAL DEL SUB SISTEMA DE VIGILANCIA DE PRIORIDADES SANITARIAS Y DE ENFERMEDADES DE NOTIFICACION OBLIGATORIA "
- "MANUAL DEL SUB SISTEMA DE VIGILANCIA DE MORTALIDAD"
- "MANUAL DEL SUB SISTEMA DE VIGILANCIA DE PERFILES EPIDEMIOLOGICOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD "
- "MANUAL DEL SUB SISTEMA DE VIGILANCIA DE COMPLICACIONES INTRAHOSPITALARIAS "
- "MANUAL DEL USUARIO DEL SOFTWARE WinEpi V.3.0 "

2° ENCARGÁR a la Oficina de Planeamiento e Inteligencia Sanitaria, la conducción, el monitoreo, evaluación y la asistencia técnica para el proceso de implantación del SISTEMA DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA E INTELIGENCIA SANITARIA a nivel nacional, además de supervisar el adecuado cumplimiento de las disposiciones establecidas en la presente resolución.

3° DISPONER que los Órganos Desconcentrados, implementen y desarrollen los instrumentos técnicos aprobados en la presente resolución.

4° DISPONER que las distintas áreas de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud, brinden el apoyo necesario para la implantación institucional del Sistema de Vigilancia en Salud Pública e Inteligencia Sanitaria

REGISTRESE Y COMUNIQUESE

Dr. ALFREDO BARREDO MOYANO
Gerente Central de Prestaciones de Salud
EsSalud

EsSalud
LA PRIORIDAD ES EL ASEGURADO

"AÑO DE LAS CUMBRES MUNDIALES EN EL PERÚ"

CARTA Nº 146 -OPC-GCPS-EsSalud-2008

SEGURO SOCIAL DE SALUD
GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD
15 DIC 2008
RECIBIDO
Firma ..... Hora .....

Lima, 12 DIC. 2008

Doctor:
ALFREDO BARREDO MOYANO
Gerente Central de Prestaciones de Salud
Presente.-

Asunto : Aprobación de los Documentos Técnicos Normativos del Sistema de Vigilancia en Salud Pública e Inteligencia Sanitaria

Referencias : a) Carta N° 081-OPC-GCPS-EsSalud-2008
b) Carta N° 119-GECS-EsSalud-2008

De mi mayor consideración:

Me dirijo a usted para saludarlo cordialmente y en relación a los documentos de la referencia, remitir los productos elaborados por la Oficina de Planeamiento e Inteligencia Sanitaria, destinados a normar el funcionamiento del Sistema de Vigilancia en Salud Pública e Inteligencia Sanitaria Institucional:

- Guía Metodológica para la Implantación institucional del Sistema de Vigilancia en Salud Pública e Inteligencia Sanitaria.

  - Manual del Sub Sistema de Vigilancia de Prioridades Sanitarias y de Enfermedades de Notificación Obligatoria
  - Manual del Sub Sistema de Vigilancia de Mortalidad
  - Manual del Sub Sistema de Vigilancia de Perfiles Epidemiológicos de los Servicios de Salud
  - Manual del Sub Sistema de Vigilancia de Complicaciones Intrahospitalarias
  - Manual del Usuario del Software Epidemiológico WinEpi V.3.0

En tal sentido, solicitamos tenga a bien aprobar los documentos antes descritos, para lo cual se adjunta el proyecto de resolución correspondiente.

Agradeciendo la atención que brinde a la presente, quedo de usted.

Atentamente,

TOMAS T. PARRAGA ALIAGA
Jefe de la Oficina de Planeamiento y Calidad
GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD
ESSALUD

JME/REA/YSU/srs.
NIT: 156-015

SEGURO SOCIAL DE SALUD
GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD
Código Nº.....
Proveído: -GCPS-ESSALUD-200....
A: .....
PARA: .....
.....
.....
Lima,..... de.....

.....
Dr. ALFREDO BARREDO MOYANO
Gerente Central de Prestaciones de Salud
EsSalud

EsSalud
LA PRIORIDAD ES EL ASEGURADO

SEGURO SOCIAL DE SALUD
Gerencia Central de Prestaciones de Salud
13 NOV. 2008
RECIBIDO
Hora 6:00p

"AÑO DE LAS CUMBRES MUNDIALES EN EL PERÚ"

CARTA Nº 116-OPC-GCPS-EsSalud-2008

SEGURO SOCIAL DE SALUD
GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD
OFICINA DE APOYO A LA GESTION E INFORMACION
14 NOV 2008
RECIBIDO
Firma ..... Hora 9:45

Lima, 13 NOV. 2008

Doctor:
ALFREDO BARREDO MOYANO
Gerente Central de Prestaciones de Salud
Presente.-

Asunto : Aprobación del Documento Técnico para la Estimación de Carga de Enfermedad.

Referencias : a) Carta N° 081-OPC-GCPS-EsSalud-2008
b) Carta N° 119-GECS-EsSalud-2008

De mi mayor consideración:

Me dirijo a usted para saludarlo cordialmente y en relación a los documentos de la referencia, remitir los productos elaborados por la Oficina de Planeamiento e Inteligencia Sanitaria, destinados a Estimar la Carga de Enfermedad en la Población Asegurada:

- Guía Metodológica para la Estimación de Carga de Enfermedad.
  - Manual del Usuario del Software GesMor.
  - Manual del Usuario del Software DisMod II.

En tal sentido, solicitamos tenga a bien aprobar los documentos antes descritos, para la cual se adjunta el proyecto de resolución correspondiente.

Agradeciendo la atención que brinde a la presente, quedo de usted.

Atentamente,

Dr. JAIME MORENO EUSTAQUIO
Jefe de la Oficina de Planeamiento y Calidad
GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD
ESSALUD

SEGURO SOCIAL DE SALUD
Gerencia Central de Prestaciones de Salud
Pase a: OPC-GCPS-ESSALUD-2008
A: OAGI
PARA: Coordinaciones para Evaluar y Tramite según Normas
Lima, 14 NOV 2008
Dr. ALFREDO BARREDO MOYANO
Gerente Central de Prestaciones de Salud
EsSalud

JME/REA/YSU/srs
NIT: 156-015

ESSALUD
LA PRIORIDAD ES EL ASEGURADO

04 NOV. 2008
RECIBIDO
Firma ..... Hora 8:24

SEGURO SOCIAL DE SALUD
GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD
Oficina de Planeamiento y Calidad
03 NOV. 2008
RECEPCION
Recibido Hora 3:40pm

"AÑO DE LAS CUMBRES MUNDIALES EN EL PERÚ"

CARTA N°081-OPC-GCPS-EsSalud-2008

SEGURO SOCIAL DE SALUD
Gerencia Central de Prestaciones de Salud
07 OCT. 2008
RECIBIDO
Hora 12:45

Lima, 07 OCT. 2008

Doctor:
ALFREDO BARREDO MOYANO
Gerente Central de Prestaciones de Salud
Presente.-

Asunto : Entrega de Productos Finales de Oficina de Planeamiento y Calidad de las Prestaciones de Salud – Ejercicio 2007.

Referencia : Carta N° 119-GECS-GCPS-EsSalud-2008.

De mi mayor consideración:

Sirva el presente para saludarlo cordialmente y reenviar Carta 042-OPCPS-GCPS-EsSalud-2008 (07/02/08) en la cual se adjuntan los siguientes documentos:

Proyecto de Contrato de Gestión Institucional
Producto 1: Acuerdos de Gestión Suscritos ← NO ADJUNTA
Proyecto de Análisis de Situación de Salud
Producto 2: Guia Metodológica para la Estimación de Carga de Enfermedad
Proyecto de Vigilancia en Salud Pública
Producto 3: Guía Metodológica para la Implementación Institucional del SVSP e IS
Producto 4: Sistema de Vigilancia en Salud Pública e Inteligencia Sanitaria
Producto 5: Manual de Usuario del Software WinEpi v.3.0
Producto 6: Modelo Institucional de Vigilancia en Salud Pública e Inteligencia Sanitaria.

Adjunto proyecto de Resolución, para aprobar los documentos antes mencionados.

Sin otro particular, quedo de usted.

Atentamente,

Dr. JAIME MORENO EUSTAQUIO
Jefe de la Oficina de Planeamiento y Calidad
GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD
ESSALUD

JME/REA/YSU/srs
NIT: 156-015

OPCPS
→ Precisar Doc a aprobar.
→ No adjunta Acuerdos de Gestión suscritos según carta N° 081-OPC-GCPS-EsSalud-2008
→ Producto 2, 4 y 6 no se han considerado en Proy. Resol. para su aprobación
→ Revisar Doc. que envía

EsSalud
SEGURO SOCIAL DE SALUD

Gerencia 07 MAR. 2008 RECIBIDO Hora

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERU"
"AÑO DE LAS CUMBRES MUNDIALES EN EL PERÚ"

SEGURO SOCIAL DE SALUD
GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD
Oficina de Planeamiento y Calidad de las Prestaciones de Salud
10 MAR. 2008
RECEPCION
Firma Lourdes Hora 1 pm

Carta N° 119-GECS-GCPS-EsSalud-2008

Lima, 07 MAR 2008

Señor Doctor
ALFREDO BARREDO MOYANO
Gerente Central de Prestaciones de Salud
Presente.-

Asunto: Productos finales de la Oficina de Planeamiento y Calidad de las Prestaciones de Salud – Ejercicio 2007

Referencia: Carta N° 042-OPCPS-GCPS-EsSalud-2008

Tengo a bien dirigirme a usted para saludarlo y a la vez manifestarle nuestra opinión respecto al asunto de la referencia, luego de revisados los tres (03) documentos adjuntos al mismo:

a) Evaluación Plan de Gestión del Año 2007 OGC
b) Guía Metodológica para la Estimación de Carga de Enfermedad OPIS
c) Sistema de Vigilancia en Salud Pública e Inteligencia Sanitaria OPIS.

En este conjunto de productos no se ha adjuntado un cuarto documento correspondiente a las "Prioridades sanitarias institucionales y metodología de prioridades locales" que figura como anexo en la carta de la referencia.

V°B° Sub Gerente

a) **Análisis del documento de Evaluación del Plan de Gestión**

I. Oficina de Gestión de la Calidad

Proyecto de Validación Prestacional

Producto 1: Informe técnico de las evaluaciones cruzadas realizadas por las Redes Asistenciales a nivel nacional del año 2007

V°B° Gerente

Se aprecian diferentes grados de implementación de estas acciones de control en los establecimientos de las diferentes Redes Asistenciales. Incluye conclusiones y recomendaciones.

Proyecto de Seguridad del Paciente y Mejora Continua de Procesos

Producto 2: Reporte ejecución de labor de campo en Hospitales Rebagliati y Grau

Algunas observaciones respecto al diseño del estudio son:

a) El tiempo del estudio: en el Hospital Rebagliati ha sido realizado entre el 17 y 26 de setiembre mientras que en el Hospital Grau ha sido realizado en un solo dia.
b) La selección de los casos –o pacientes- incluidos no ha considerado su agrupación según determinados diagnósticos o determinados servicios de cada Hospital, de manera que se puedan implantar las intervenciones correctivas correspondientes. Tampoco ha tomado en cuenta la edad de los sujetos.

c) No se ha tomado en cuenta el tiempo de hospitalización del paciente como criterio de inclusión y se han incluido todas las camas de ambos hospitales, de manera que se encuentra, en el Hospital Grau, pacientes con menos de 1 día de estancia hasta otros con 40 días; en el Hospital Rebagliati también hay pacientes con menos de 1 día de estancia hasta otro con 150 días.

d) Respecto al diagnóstico principal, se cita al clasificador CIE-9MC que no está en uso en la institución, y al CIE 10 vigente.

e) Respecto al instrumento utilizado (Cuestionario Modular MRF2), se observa que faltan varias páginas a la copia incluida en el documento: 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17, 19 y 21.

f) No se informa si el estudio tiene la opinión de un Comité de Ética

Por otra parte, en el texto del documento no se incluye ningún resultado del estudio, tanto de la guia de cribado que permite saber cuántos pacientes finalmente se incluyeron al estudio, ni del cuestionario modular para conocer la prevalencia de efectos adversos.

Producto 3: Base de datos de pacientes del proyecto agregada a software específico

El documento no incluye la base de datos de pacientes.

Considerando los aspectos éticos del estudio, no sería pertinente incluir en el documento la citada base de datos. Sí es importante, en cambio, que el informe presente reportes consolidados o informes de la base. Como ejemplos podríamos citar: a cuántos pacientes se aplicó la Guía de Cribado, diferenciados por Servicio y por tiempo de hospitalización y, de estos pacientes, cuántos tuvieron Efectos Adversos a criterio del evaluador y cuáles fueron tales Efectos adversos.

Proyecto Fortalecimiento del Sistema de Gestión de la Calidad

Producto 4: Informe Ejecutivo del resultado del monitoreo de los Indicadores de Calidad a Nivel Nacional

Presenta diferentes valores para los indicadores de colas, diferimiento, estancia en sala de observación de Emergencia y abastecimiento de medicamentos y material médico por Redes Asistenciales. Asimismo, incluye conclusiones y recomendaciones

Proyecto de Acreditación y Autoevaluación

Producto 5: Informe final de las visitas de asistencia técnica a las 6 RAS seleccionadas

Corresponde al proceso de autoevaluación para la acreditación de centros asistenciales realizada en 1 CAS de cada Red seleccionada mediante equipos de tres evaluadores:

Hospital Nacional Carlos A Seguin	R.A. Arequipa
Hospital III Iquitos	R.A. Loreto
Hospital IV Huancayo	R.A. Junín
Hospital IV Victor Lazarte	R.A. La Libertad
Hospital Nacional Almanzor Aguinaga	R.A. Lambayeque
Hospital Nacional Sur Este – Cusco	R.A. Cusco

Resultados planteados:

1. Calificación de los servicios evaluados en base a los estándares de la Norma Técnica MINSA
2. Elaboración de los compromisos para el levantamiento de las observaciones
3. Identificación de procesos críticos a mejorar
4. Recursos humanos capacitados para realizar el proceso de autoevaluación de todos los servicios asistenciales aplicando los estándares de acreditación.

Resultados alcanzados:

Han realizado la fase inicial de evaluación aplicando la Norma Técnica del MINSA vigente desarrollando 15 de los 22 macroprocesos establecidos. Los equipos dejaron una serie de recomendaciones. Está pendiente como pasos sucesivos el realizar la Autoevaluación y calificación con aplicación de puntajes en cada Hospital. Asimismo, deberá realizarse el monitoreo correspondiente.

Producto 6: Plan de monitoreo y supervisión y asistencia técnica de los procesos de Acreditación

En realidad se convertirá en producto durante su ejecución en el año 2008. Se trata del plan de continuación del trabajo anterior: en esta oportunidad plantea enviar nuevamente equipos de tres evaluadores para brindar asistencia técnica en la culminación del proceso de autoevaluación.

Resultados esperados:

- Centros asistenciales seleccionados autoevaluados
- Centros asistenciales seleccionados en condiciones de acreditar luego de la validación efectuada por el Comité Nacional de Acreditación
- Comité de acreditación de las Redes y Comités de evaluación de los CAS con competencias para el proceso de acreditación

Producto 7: Informe técnico de la investigación del nivel de satisfacción del usuario externo desarrollada en las RAS a nivel nacional (encuestas de satisfacción)

Evidencia que 57% de Redes Asistenciales (16 de 28) remitieron información sobre encuestas de satisfacción del usuario externo ejecutadas en el 2007. Se han identificado diversos problemas siendo los más frecuentes: Demora para la atención en el módulo de citas y en consulta externa, diferimiento de citas, falta de orientación adecuada al ingreso al centro asistencial, falta de explicación del médico sobre la enfermedad y tratamiento, entre otros. Luego de las intervenciones y medidas correctivas se informa de una disminución de colas en las ventanillas de admisión, inicio puntual de la atención en consultorio externo, disminución del número de días de diferimiento en las especialidades de mayor demanda, entre otros.

II. Oficina de Planeamiento e Inteligencia Sanitaria

Proyecto de Contrato de Gestión Institucional

Producto 1: Acuerdos de Gestión suscritos.

No se adjuntaron en el documento

Análisis del documento b) Proyecto de Análisis de Situación de Salud

Producto 2: Guía Metodológica para la Estimación de Carga de Enfermedad

Hace falta la respectiva norma que formalice el documento.

Proyecto de Vigilancia en Salud Pública

Producto 3: Guía Metodológica para la Implementación Institucional del SVSP e IS

Hace falta la respectiva norma que formalice el documento.

Análisis del documento c) Sistema de Vigilancia en Salud Pública e Inteligencia Sanitaria

Producto 4: Sistema de Vigilancia en Salud Pública e Inteligencia Sanitaria

Hace falta la respectiva norma que formalice el Sistema ✓

Producto 5: Manual de Usuario del Software WinEpi v.3.0

Hace falta la respectiva norma que formalice el Manual ✓

Producto 6: Modelo Institucional de Vigilancia en Salud Pública e Inteligencia Sanitaria

Hace falta la actualización de la norma que formalice el Modelo pues la última data del mes de abril 2004 (Resolución 120 GDP EsSalud 2004) y desde entonces ha habido ajustes. ✓

Proyecto de Metodología y Planificación en Servicios de Salud

Producto 7: Prioridades Sanitarias Institucionales y Metodología de Prioridades Locales

Hace falta la respectiva norma que formalice el documento ✓

De la revisión efectuada se aprecia un trabajo importante durante el año 2007 de la Oficina de Planeamiento y Calidad de las Prestaciones de Salud, con productos terminados que sólo hace falta formalizar con una norma (en el caso de Inteligencia Sanitaria), otros que requieren seguimiento y continuación de la intervención y algunos en los que hace falta acompañar información adicional para apreciar el estado de avances (en el caso de Garantía de la Calidad).

Sin otro particular, y agradeciendo anticipadamente su atención, quedo de usted.

Atentamente,

V°B° Sub Gerente

Dr. CESAR CARREÑO DIAZ
Gerente de Evaluación y Control de Salud
CCD/jz GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD
ESSALUD
c/d. 1386-08

SEGURO SOCIAL DE SALUD
Gerencia Central de Prestaciones de Salud
Proveído N° ..... G.C.P.S. EsSalud-2008
A: OPLPS
PARA: Evaluar y adoptar acciones para completar información y/o anexar documentos pertinentes a fin de mejorar resultados
Lima, 19 de Febrero 2008

Dr. ALFREDO BARREDO MOY
Gerente Central de Prestaciones de Salud
EsSalud

cc.- D. D. Arce
L. Zegarra

EsSalud

Gerencia de Central de Prestaciones de Salud
Oficina de Planeamiento y Calidad
Oficina de Planeamiento e Inteligencia Sanitaria

Manual de Usuario WinEpi v.3



Módulos:

- ✓ Sub Sistema de Vigilancia de Prioridades Sanitarias y de Enfermedades de Notificación Obligatoria
- ✓ Sub Sistema de Vigilancia de Mortalidad
- ✓ Sub Sistema de Vigilancia de Perfiles Epidemiológicos de los Servicios de Salud.
- ✓ Sub Sistema de Vigilancia de Complicaciones Intrahospitalarias Infecciosas.

Diciembre, 2008

Seguro Social de Salud

Gerencia Central de Prestaciones de Salud
Dr. Alfredo Barredo Moyano

Oficina de Planeamiento y Calidad de las Prestaciones de Salud
Dr. Tomás Párraga Aliaga

Oficina de Planeamiento e Inteligencia Sanitaria
Dr. Roberto Espinoza Atarama



Equipo Técnico

Mg. Yovanna Maritza Seclén Ubillús
Ing. Agnes Ysela Yari Castañeda
Adm. Jony Rolando Colán Hernández

Apoyo Administrativo

Srta. Sandra Wendy Ruiz Sempertegui

Colaboración

Ing. Oscar Escalante
Sub Gerencia de Desarrollo de Sistema

Ing. Montes Edgar Montes
Jefe de la Oficina de Informática del Hospital Nacional Guillermo Almenara I.

Dr. Enrique Custodio López
Jefe de la Oficina de Inteligencia Sanitaria del Hospital Nacional Guillermo Almenara I.

Elaboración del Software

Sr. Arturo Alvarez Romero
Analista Programador del Hospital Nacional Guillermo Almenara I.

Manual de Usuario – WinEpi v 3.0

Módulo
Sub Sistema de Vigilancia de Prioridades Sanitarias y Enfermedades de Notificación Obligatoria



INTRODUCCION

Ante la necesidad de contar con un software que permita el procesamiento y análisis de la información sanitaria procedente de los diversos Sub Sistema de Vigilancia en Salud Pública, la Oficina de Planeamiento e Inteligencia Sanitaria de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud, propuso el desarrollo de una herramienta informática que responda a los nuevos requerimientos para la implementación del Sistema de Vigilancia en Salud Pública Institucional.

La elaboración de esta nueva herramienta informática se baso en un primer desarrollo del software llamado WinEpi v. 2, actividad que estuvo a cargo del personal de la Oficina de Informática de la Red Asistencial Cusco. A partir del año 2005 con el apoyo de la Gerencia de Desarrollo e Informática a través de la Sub Gerencia de Desarrollo e Informática de la Sede Central de EsSalud, se encarga el desarrollo de esta propuesta al personal del la Oficina de Informática del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, en coordinación de la Oficina de Inteligencia Sanitaria del mismo hospital y la Oficina de Planeamiento e Inteligencia Sanitaria de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud.

Finalmente en el año 2006 se culmino la primera versión de esta herramienta informática, dándole el nombre de Software Epidemiológico WinEpi v 3.0 el cual fue aplicado inicialmente en 5 Redes Asistenciales piloto, terminado el periodo de prueba se realizaron las mejoras necesarias permitiendo que para el año 2007 se distribuyera el Software Epidemiológico en todas la Oficinas y Unidades de Inteligencia Sanitaria a nivel nacional. La aplicación de esta herramienta contribuirá a sistematizar la información sanitaria, de manera oportuna y confiable, permitiendo la generación de indicadores sanitarios para la gestión institucional.

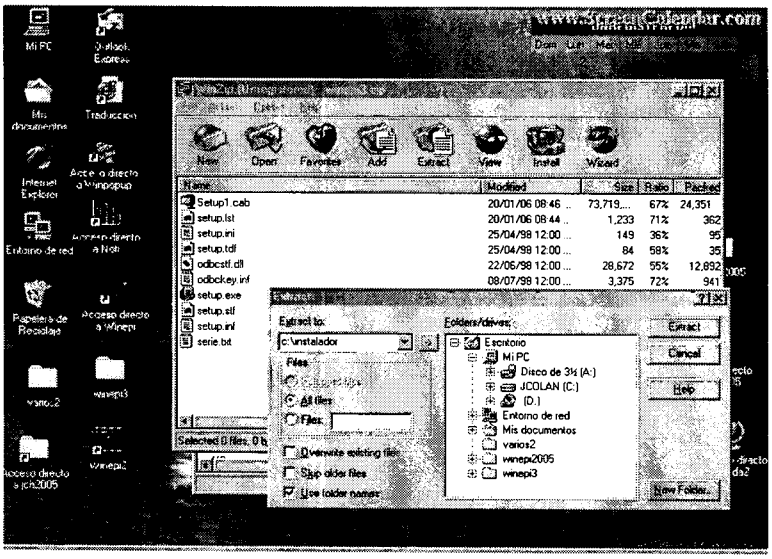


La Oficina de Planeamiento e Inteligencia Sanitaria cuenta con la autorización de la Gerencia Central de Informática para la distribución e instalación del Software Epidemiológico WinEpi v 3.0 en todos los Centros Asistenciales de Essalud.

SOFTWARE EPIDEMIOLOGICO WinEpi v 3.0

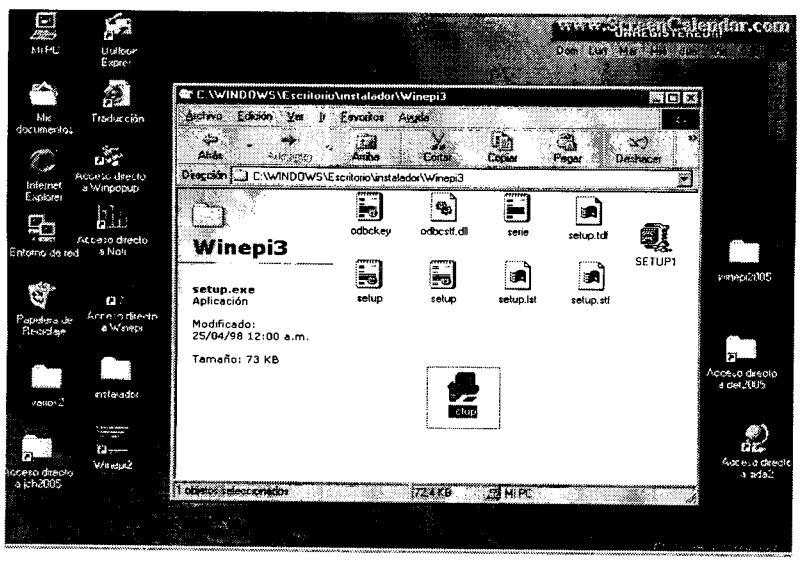
I. PROCESO DE INSTALACION DEL SOFTWARE EPIDEMIOLOGICO WinEpi v 3.0

1.1 Para realizar la instalación del Software Epidemiológico, proceda a copiar en su máquina el instalador WinEpi v 3.0, o en su defecto instalarlo desde el CD de instalación.



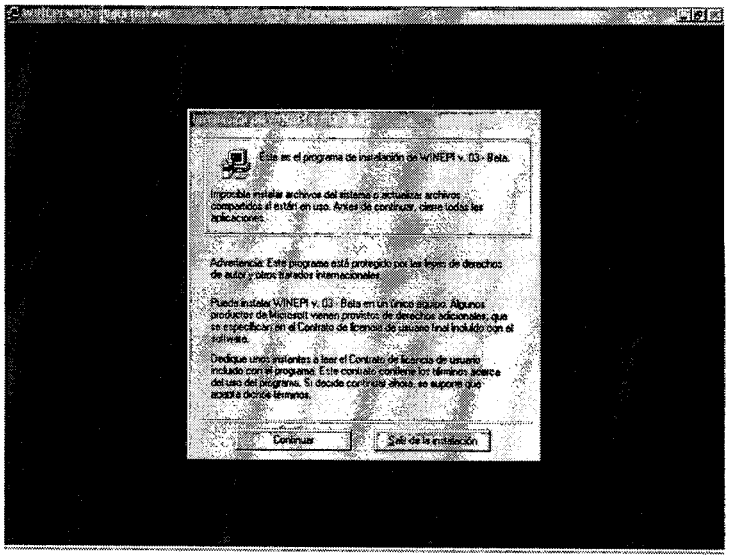
1.2. Copiar los archivos de instalación en una carpeta en el disco C, asígnele un nombre de su libre elección (Ej. C:\instalador). Tenga cuidado **NO ASIGNE EL NOMBRE DE WinEpi3 A LA CARPETA EN DONDE SE COPIARAN LOS ARCHIVOS DE INSTALACIÓN PORQUE GENERARIA UN CONFLICTO AL REALIZAR LOS PROCESOS,** luego proceda a ejecutar el archivo de instalación: WinEpi. EXE

Si necesita algún apoyo, solicitarlo al encargado del Sistema de Gestión Hospitalaria o puede pedir asistencia técnica mediante el programa NetMeeting llamando al IP 191.0.100.86 y se pondrá en contacto con el encargado de la Administración del Software Epidemiológico: Sr. Jony Colan Hernández



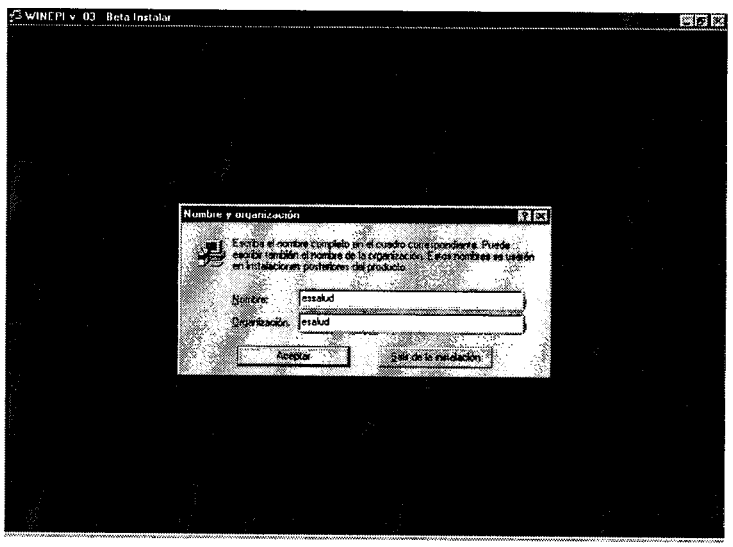
1.3 Ejecutar la instalación dándole un clic en el archivo **SETUP,** y empezará el proceso de la instalación (seguir las instrucciones).

Aparecerá el siguiente cuadro: Presionar el Botón de Continuar.



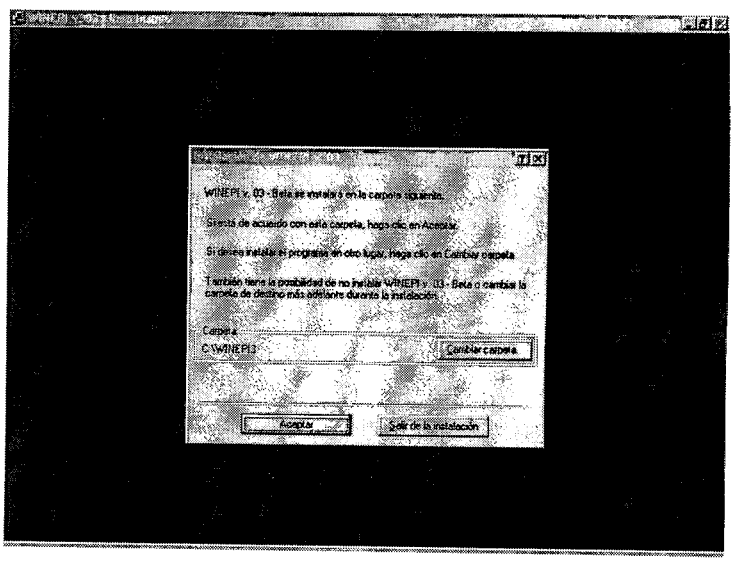
1.4 Llenar los datos de Nombre y Organización en el caso que aparezcan en blanco.

Presionar el Botón Aceptar

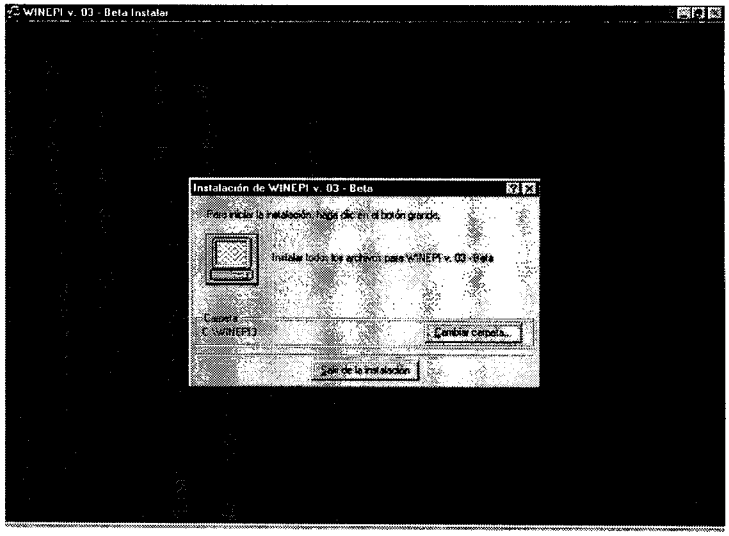


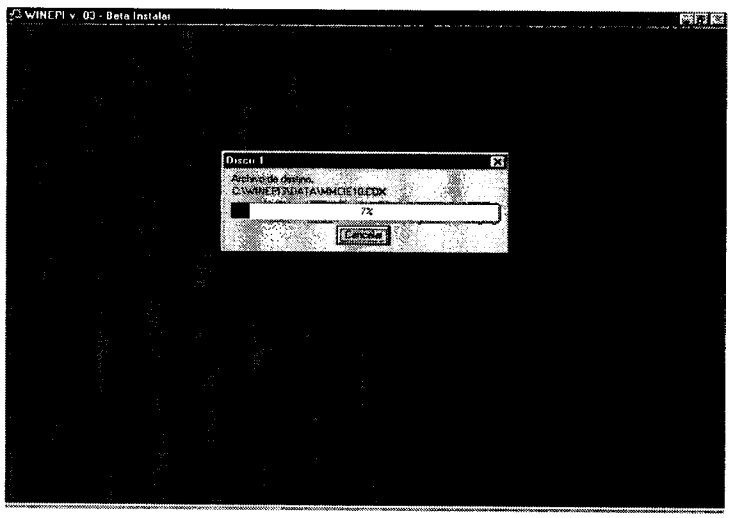
1.5 Confirmar si se instala en la carpeta WinEpi3 o si desea direccionar a otra, se recomienda usar la misma carpeta.

Presionar el Botón Aceptar.

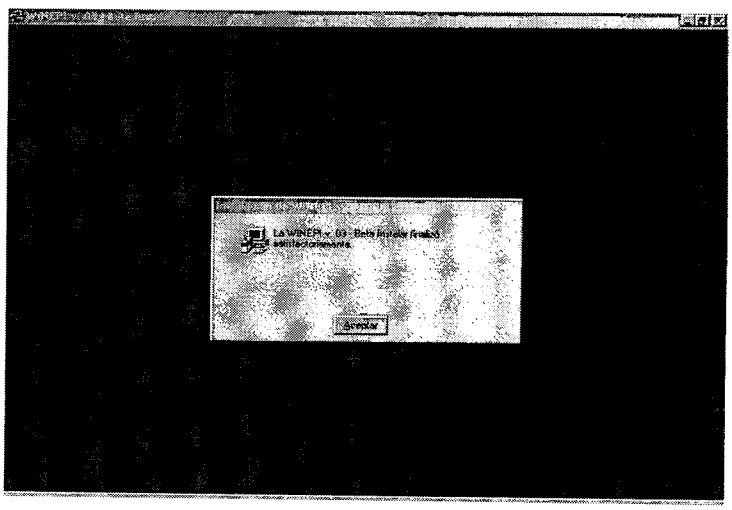


1.6 Presionar el icono con la figura de una pantalla, que aparece en el mensaje para iniciar la instalación del programa.





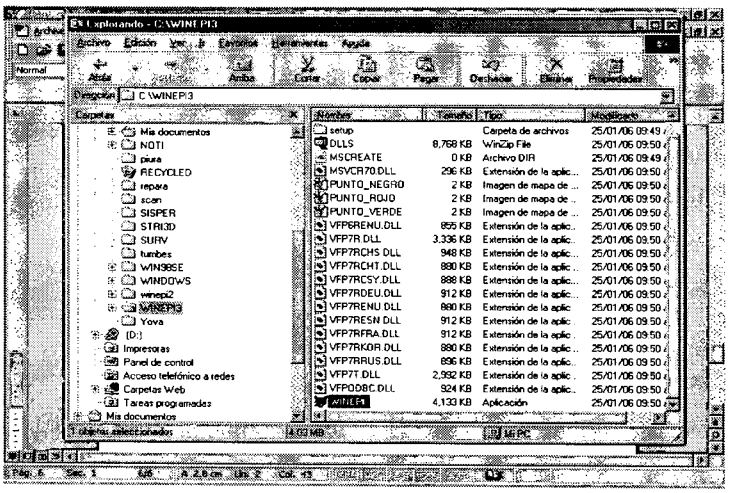
1.3 Finalmente aparecerá el mensaje "la instalación finalizó satisfactoriamente", presionar el botón Aceptar, si la instalación se realizó en Windows 98, pedirá reiniciar su equipo, si usa el sistema operativo XP, ingrese a la carpeta que se ha creado con la instalación: WinEpi3 y desde allí ejecute el programa.



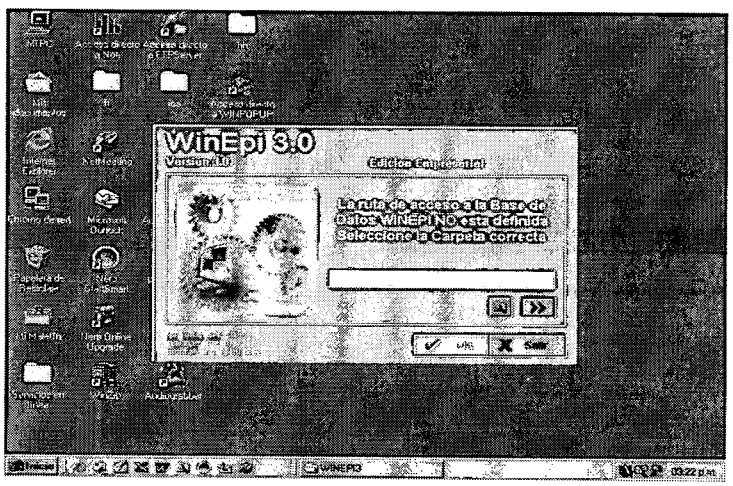
II. CONFIGURACION DEL WinEpi 3

Luego de concluir la instalación, se creará en la unidad C:\ una carpeta con el nombre WinEpi3. Usted podrá crear un acceso directo al ejecutable WinEpi 3 en el escritorio, en caso se requiera.

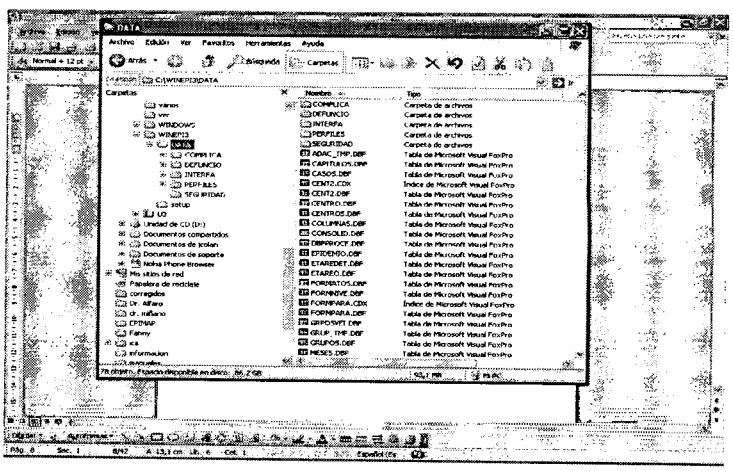
2.1 Ejecutar el WinEpi.EXE o el acceso directo de haberlo creado, luego aparecerá la primera ventana de configuración del software.



2.2 Luego se visualizará una ventana solicitando la ruta de acceso donde se copiará toda la información que se procese. Para ello, dar un clic en el botón de la LUPA.



2.3 En la siguiente ventana seleccionar la carpeta DATA, hacer clic en el botón seleccionar, quedando como ruta final: **C:\winepi3\DATA**, verificar y presionar el botón OK, que en ese momento ya esta habilitado.



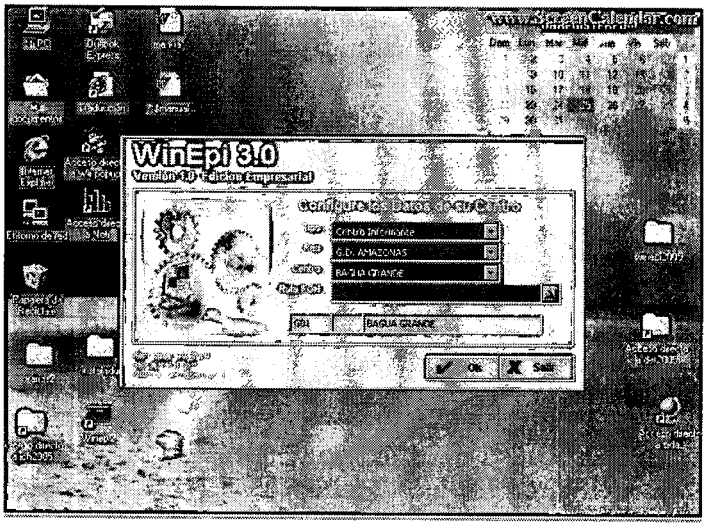
Concluido el proceso, quedará configurada la carpeta DATA en la cual encontrarán las subcarpetas denominadas Perfiles, Complicaciones, Defunciones, Interna y Seguridad. Dentro de estas carpetas se guardarán automáticamente los archivos que se han procesado en los diferentes Sub Sistemas de Vigilancia.

III. CONFIGURACION DEL CENTRO

Una vez finalizado la configuración del WinEpi 3, el sistema mostrará una ventana solicitando los datos del centro, usted deberá llenarlos de la siguiente manera:

TIPO: Seleccionar según corresponda.

- **Cabeza de Red**, para los Centros BASE.
- **Centro Informante**, procesan y envían información, no recepcionan información de otros centros



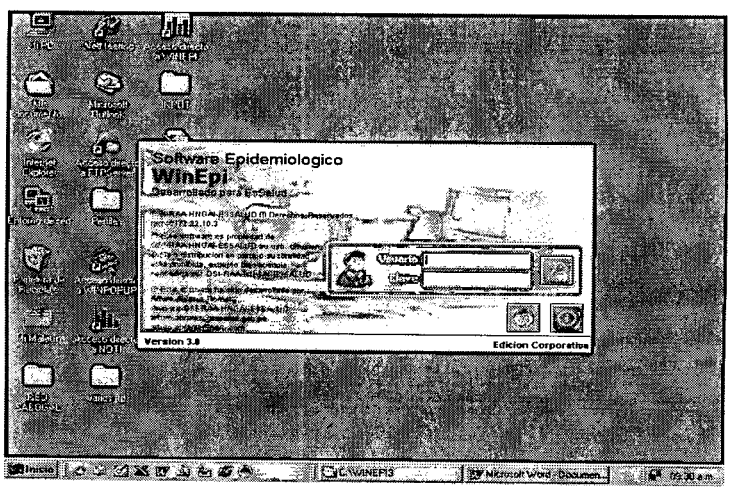
RED: seleccionar la red a la que pertenece.

CENTRO: seleccionar el nombre del establecimiento al que pertenece.

Mas adelante seguiremos describiendo los detalles de esta configuración.

IV. ACCESO AL WinEpi 3

Cada vez que se acceda al WinEpi 3, aparecerá una ventana a la cual se podrá ingresar digitando las siguientes claves: Usuario = **admin** y Contraseña = **beta02,** en caso se requiera podrá cambiar la contraseña para mayor seguridad.

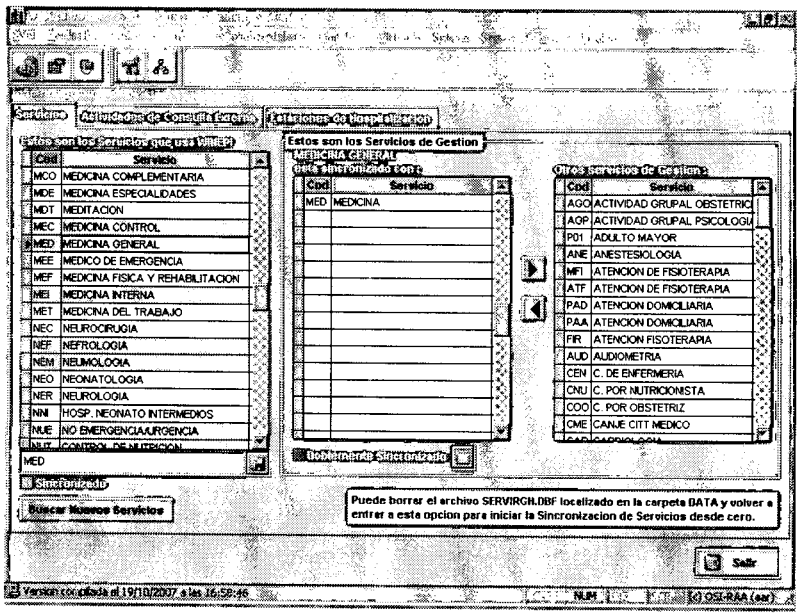




Después de ingresar a la ventana principal del WinEpi 3, deberá sincronizar los servicios activos del Sistema de Gestión Hospitalaria que pertenecen a su Centro Asistencial, para lo cual deberá elegir la opción **SISTEMA → SINCRONIZAR SERVICIOS.**

IV. CONFIGURACION DE SERVICIOS

Conexión de DATA del SGH (bases de gestión) con el winepi3

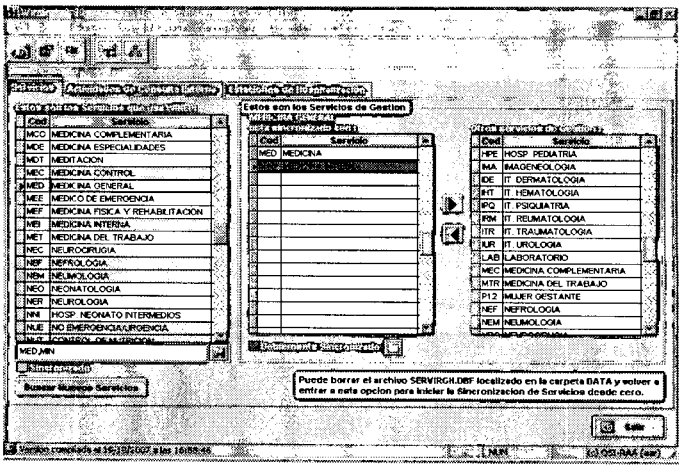


La ventana anterior presenta tres secciones, la primera del lado izquierdo son los códigos de servicios estándar que utiliza el Software WinEpi 3, los cuales se relacionarán con los códigos de los servicios definidos en el Sistema de Gestión Hospitalaria que se encuentran en el tercer recuadro del lado derecho y que serán visualizados en el recuadro medio.

Los códigos de servicios resaltados de color verde son lo que se han sincronizado automáticamente al entrar a esta opción (Sistemas – configuración de servicios), usted deberá revisar cada uno para verificar que todos los servicios de su Centro Asistencial se encuentren activos, en el caso que halla un servicio que no este resaltado o que se encuentra de color blanco tendrán que sincronizarlo, para ello seleccionar el servicio requerido en la lista del primer recuadro (servicios que usa el WinEpi), luego buscar el código del servicio requerido en la lista del tercer recuadro (Servicios de Gestión), con ayuda de las flechas que se encuentran en medio del segundo y tercer cuadro podrá pasarlo al cuadro del centro, quedando de esta manera sincronizado el servicio, que automáticamente se marcara de color verde. Para desactivar un código, se realizará el mismo procedimiento utilizando la flecha que apunta al tercer recuadro, quedando desactivado ese servicio.

Para realizar esta sincronización se recomienda realizarlo con el encargado del Sistema de Gestión Hospitalaria, por ser la persona conocedora de todos los códigos de los servicios que se encuentran activos en su Hospital.

Observación: Si el servicio sincronizado que se encuentra en el recuadro medio esta resaltado de color rojo, quiere decir, que se esta repitiendo dicho código, en ese caso deberá revisar que el código de servicio no corresponde y tendrá que desactivarlo. Los servicios del Sistema de Gestión Hospitalaria no pueden utilizar 2 códigos para referirse a un mismo servicio del WinEpi 3, se estaría importando 2 veces la misma información.

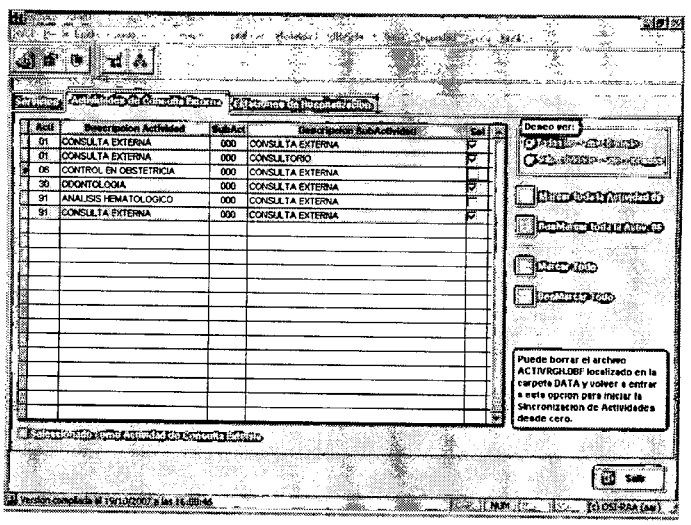


V. CONFIGURACION DE ACTIVIDADES DE CONSULTA EXTERNA

Tabla de Actividades presentadas por la Gerencia Central de Organización e Informática a todos los responsables del Sistema de Gestión Hospitalaria para su actualización.

Actividad	Descripción
90	Actividades Administrativas
91	Atención Ambulatoria
92	Atención Hospitalización
93	Atención en Áreas Críticas
94	Atención Quirúrgica
95	Apoyo al Diagnostico y Tratamiento
96	Atención Procedimientos
97	Atención Ambulatorio Descentralizado (PAAD)
98	Atención Domiciliaria (PADOMI)
99	Horas Complementarias
A0	Atención en CRIPC

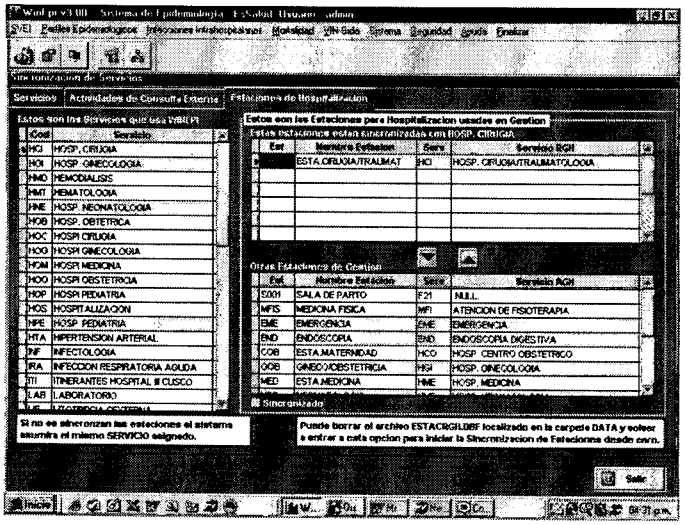
En esta ventana se configurará las actividades según los requerimientos, por ejemplo los procedimientos y/o controles no deben ser incluidos para la información epidemiológica. Para desactivar alguna sub actividad se quita el check como se muestra en el siguiente cuadro:



VI. CONFIGURACION DE ACTIVIDADES DE ESTACIONES DE EMERGENCIA

Al igual que la configuración de servicios de Consulta Externa, en este módulo también se realiza la configuración por estaciones hospitalarias.

El cuadro del lado izquierdo pertenece a la codificación estándar del Software Winepi3, el cuadro derecho inferior son las estaciones inscritas o matriculadas en el Sistema de Gestión Hospitalaria y el cuadro superior derecho son los servicios sincronizados.



Terminada la configuración, presionar el botón SALIR, la grabación es automática, recién usted podrá realizar la importación de información desde el Sistema de Gestión Hospitalaria

VII. CONFIGURACION DE SU CENTRO ASISTENCIAL

TIPO:

OFICINA DE PLANEAMIENTO E INTELIGENCIA SANITARIA

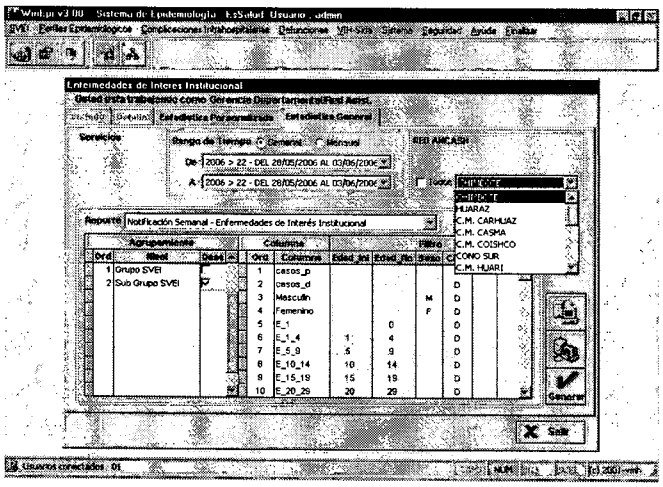
Es la configuración que usa el nivel central para consolidar la información nacional

RED ASISTENCIAL

Con esta configuración podrá recibir información de los Centros Asistenciales de su Red Asistencial y a la vez podrá ingresar o DIGITAR información de sus Centros Asistenciales que no tengan una PC y solo reporten en fichas de notificación. Luego de ingresar al módulo del SVEI aparecerá el nombre de su RED ASISTENCIAL, debajo se visualizará la relación de nombres de los Centros Asistenciales que conforman su Red Asistencial. Seleccionar el Centro Asistencial del cual se digitará la información, presione el botón DIGITAR SEMANA, luego presione el botón de agregar registro (cruz de color verde) y podrá ingresar su información. Cada vez que termine presione el botón de agregar para grabar lo digitado.

En esta opción **no podrá extraer información del Sistema de Gestión Hospitalaria,** para ello tendrá que configurar como Centro Informante o como Hospital Cabeza de Red.

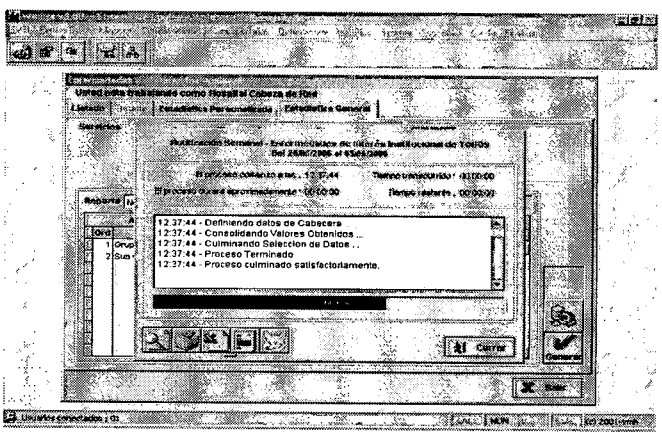
Este cambio constante de configuración no alterará la información que tenga procesada, a la vez esta configuración le permitirá poder enviar información al nivel central.



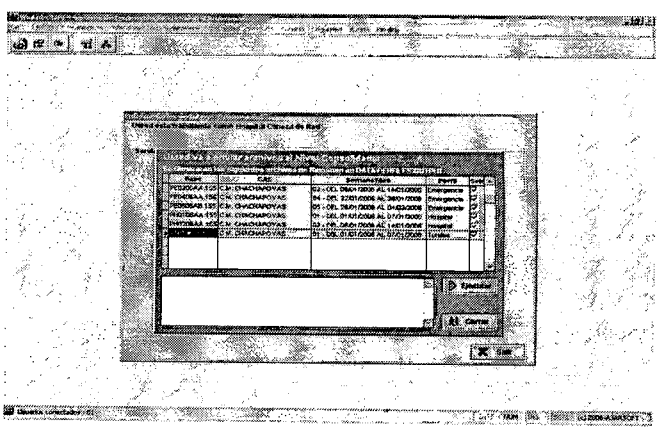
HOSPITAL CABEZA DE RED

Esta configuración es para aquellos Hospitales que cuenten con el Sistema de Gestión Hospitalaria, y puedan hacer la importación de los datos.

Si ingresa al SVEI tienen la opción de poder ver el reporte de la(s) semana(s) procesadas presionando el botón **GENERAR**, a la vez esta información podrá exportarla al Excel o a un archivo DBF. Con esta configuración podrán enviar la información procesada al Nivel Consolidador (presionar el botón ENVIAR). No podrán recibir archivos de su Red Asistencial, para ello tendrán que configurar como GERENCIA DEPARTAMENTAL.



La siguiente figura, muestra como ejecutar el proceso para crear los archivos semanales o archivos mensuales, que se enviará vía correo electrónico a su nivel consolidador. Debajo del mensaje "usted enviará información al nivel consolidador" aparecerá la RUTA donde se graban los archivos a enviar **C:\winepi3\data\perfiles\output**

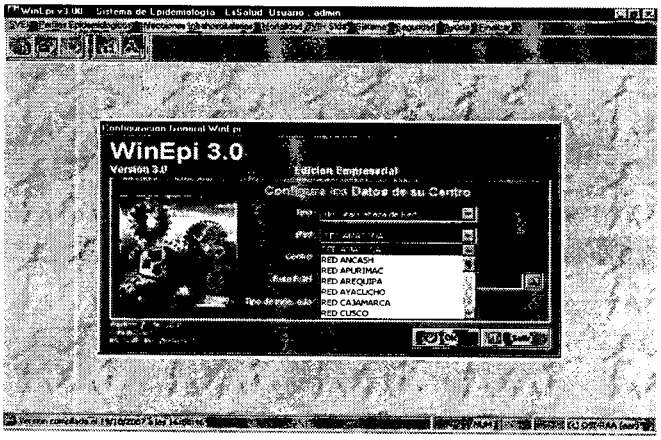


CENTRO INFORMANTE

Esta configuración también le permite importar registros del Sistema de Gestión Hospitalaria de su Centro Asistencial, del mismo modo les permitirá ver los reportes de su información procesada. Solo podrán enviar información a su nivel superior, con esta configuración no podrán recibir reportes de otros centros.

RED

Seleccionar la Red Asistencial a la que pertenece su Centro Asistencial, esto es muy importante para poder diferenciar el lugar de procedencia de los archivos.



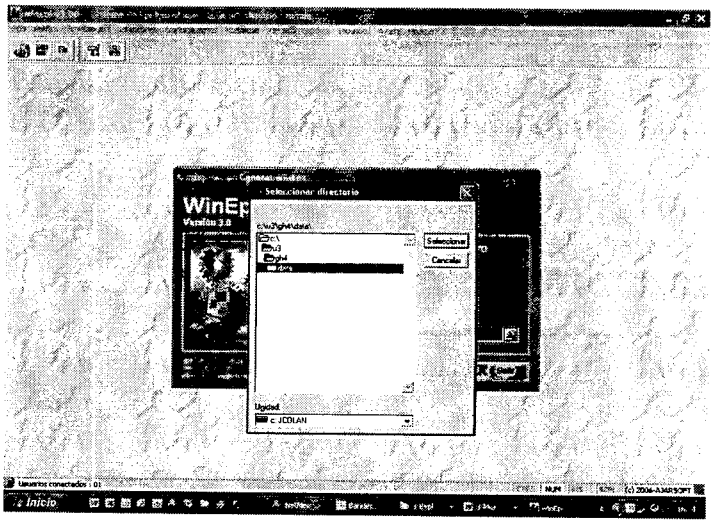
CENTRO

Seleccionar el Centro Asistencial al que pertenece, si no estuviera el nombre de su Centro Asistencial deberá informar a la Oficina de Planeamiento e Inteligencia Sanitaria del Nivel Central para crearlo en la base de datos. No trate de realizarlo usted mismo porque el nivel central no podría recibir la información.

RUTA RGH:

CONFIGURACION PARA LA CONECCION A LAS BASES DEL SISTEMA DE GESTION HOSPITALARIA

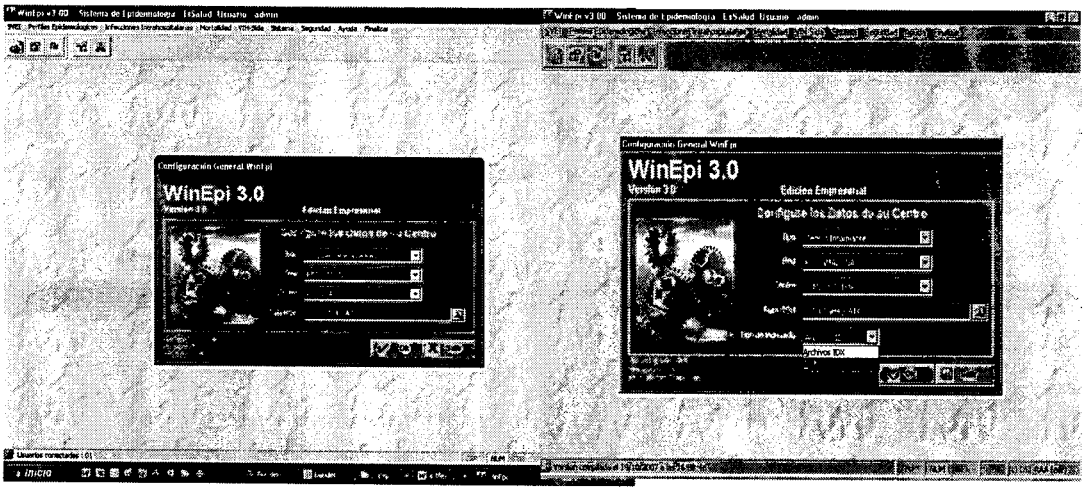
En esta opción se digitará o seleccionará la unidad o la ruta asignada por el Jefe de la Red de Gestión Hospitalaria (Ej. G:\..., E:\....U3/GH4/DATA,), luego presionar el botón de OK e ingresaran al programa.



IMPORTANTE: en vista que se ha cambiado la plataforma del Sistema Operativo para el Sistema de Gestión Hospitalaria de Novell (usa índices IDX) a Linux (usa índices CDX), se ha ampliado el tipo de indexado a fin de que lo seleccionen según corresponda.

Para poder importar información del SGH con plataforma Linux tendrá que hacerlo mediante el programa SAMBA que le permitirá hacer la interfase al Software WinEpi3, de lo contrario el encargado del Sistema

de Gestión Hospitalaria tendrá que hacer una copia de seguridad de su DATA en otra PC, usando el sistema operativo Novell, luego deberán direccionar la ruta del Software WinEpi3, a esa carpeta para que puede importar la información. Este proceso será con la ayuda del encargado del SGH.



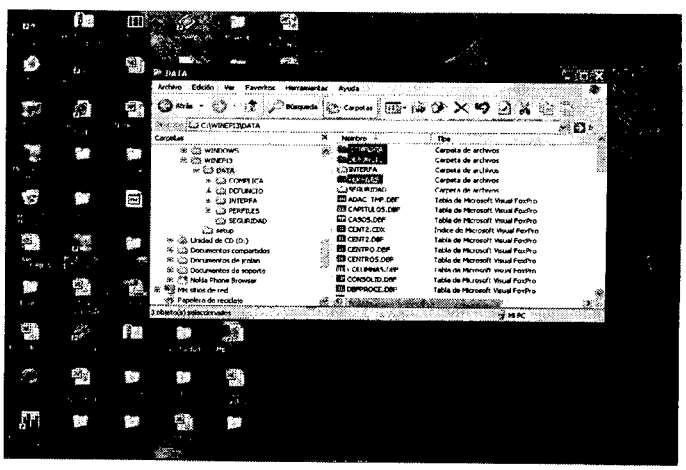
Para los centros que no tengan el Sistema de Gestión hospitalaria puede direccionar a cualquier carpeta, luego podrá digitar su información y enviar los archivos generados a su Centro Asistencial Base.

VIII. REINSTALACION Y/O ACTUALIZACION DEL WINEPI3

Con la nueva estandarización de los códigos de servicios en el Sistema de Gestión Hospitalaria en todos los Centros Asistenciales a nivel nacional, se ha visto conveniente hacer un cambio en el Software Epidemiológico WinEpi3 con respecto a la sincronización de servicios. Para ello se recomienda reinstalar el software winepi3 no sin antes tener las siguientes precauciones:

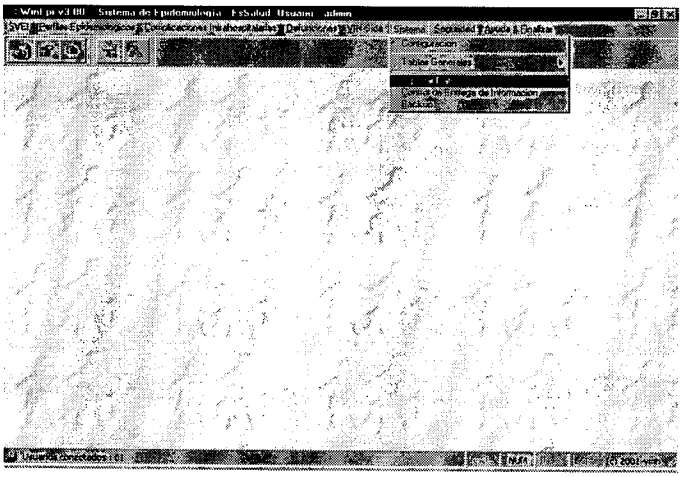
Hacer un backup de las carpetas **PERFILES, DEFUNCIO y COMPLICA** (en esta s carpetas se guarda toda la información que se ha importado del SGH), estas carpetas se encuentran dentro de la unidad donde se halla instalado el Software WinEpi3, generalmente lo encontramos dentro de: C:\winepi3\data ... , una vez reinstalado el software en mención se procederá a reemplazar las carpetas PERFILES, DEFUNCIO y COMPLICA respectivamente dentro de la carpeta DATA del winepi3 de la nueva instalación.

Ir a Inicio, Configuración, Panel de control, Agregar o quitar programas. Ubicar Winepi v. 03 y desinstalarlo, luego ir a la unidad C:\ y eliminar la carpeta winepi3, después de este proceso proceder a instalar nuevamente.



IX. COMO IMPORTAR DATOS DEL SISTEMA DE GESTION HOSPITALARIA

Luego de ingresar al Programa ir al menú a la opción SISTEMAS, de allí a la opción IMPORTAR DATOS, aquí nos conectaremos con el Sistema de Gestión Hospitalaria para extraer la información. Se importa datos de las tablas ADPADIR.DBF, HOSPITAL.DBF,EM_ESTAD.DBF, EM_DESTI.DBF, ADHISCLI.DBF, VBP_SER.DBF.

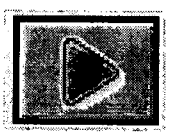


Este procedimiento es muy importante, antes de procesar la información debemos entender bien la lógica del proceso.

Se debe IMPORTAR la información semana por semana de acuerdo al calendario epidemiológico, importará toda la información epidemiológica de acuerdo al **ORIGEN**, ya sea de Consulta Externa, Hospitalización, Emergencia y del Modulo de Atención Integral (MAI algunos centros lo tienen configurado como MAA)

Primero seleccione el botón del módulo de origen de Consulta Externa que se encuentra en el extremo izquierdo de la pantalla, luego seleccione la semana o el rango de semanas a importar, verifique el año que va a procesar y presione el botón que se muestra en la figura siguiente, luego empezará el proceso de importación.

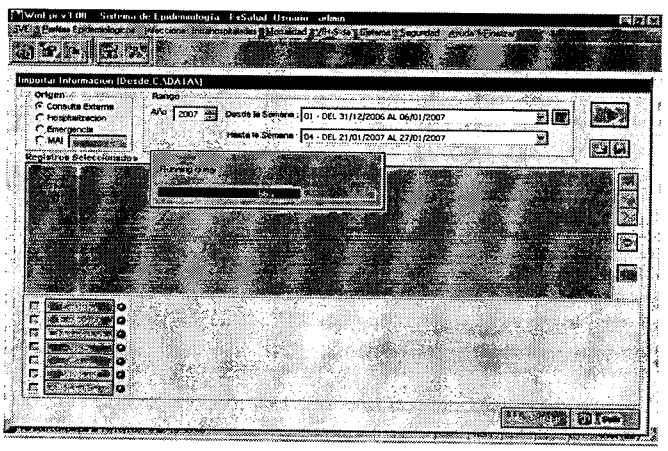
Nota: Tenga en cuenta que siempre utilizará este botón para correr los procesos de las diferentes ventanas.



De igual manera deberá hacerlo con el módulo de Hospitalización y Emergencia.

Después de cada proceso deberá realizar la correspondiente depuración como se detalla mas adelante.

La ventana siguiente muestra el proceso de importación de la información del SGH, según la opción elegida: de origen, año y semana.

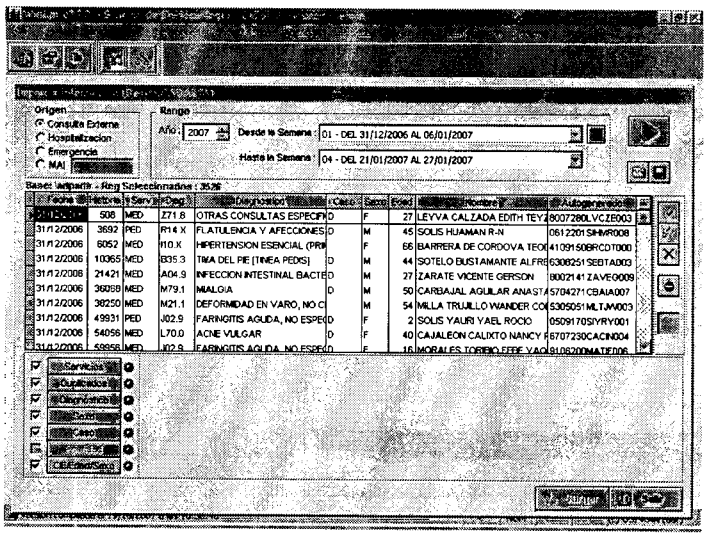




Se ha previsto la importación por rangos de semanas, pero cuando se generen los archivos será uno por cada semana y por servicio.

La información de este proceso servirá para los reportes de ENFERMEDADES DE INTERES INSTITUCIONAL (reporte mensual y reporte semanal) a la vez servirá para los reportes de PERFILES EPIDEMIOLÓGICOS, es decir si procesan las cinco primeras semanas del mes de enero tendrán suficiente información para el reporte de Perfiles del mes de Enero sin tener que importar nuevamente la información y depurar nuevamente. De esta manera tendremos un mismo dato en los dos Sub Sistemas de Vigilancia. Terminado el proceso de extracción o importación de la información de la semana especificada veremos el listado con la información del SGH.

En el lado inferior izquierdo verá unos botones con el check respectivo, seguidos de unos círculos rojos, estos botones sirven para depurar la data importada de esa semana o ese rango de semanas.



El botón de **SERVICIO**: al darle un clic, aparecerá una relación de códigos de servicios que pertenecen a su Centro Asistencial, los cuales va a tener que correlacionarlos con la descripción de servicios que aparece al lado derecho de sus códigos.

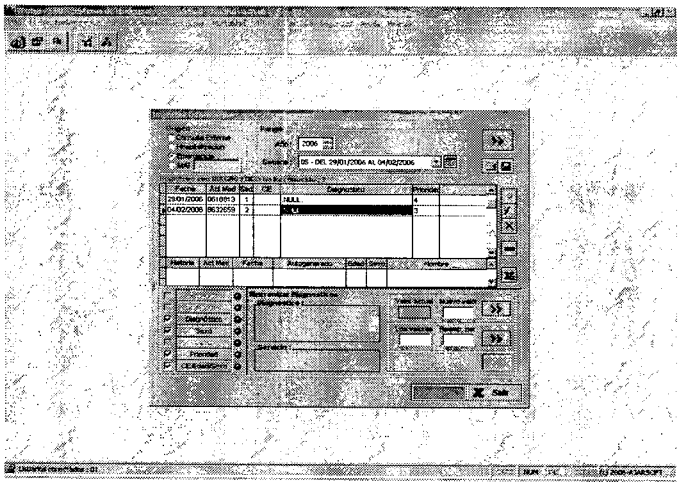
Por ejemplo: Si va a relacionar el código CG1 con la descripción CIRUGIA, para realizar este proceso tendrá que solicitar la ayuda del Jefe del Sistema de Gestión Hospitalaria, porque solo ellos saben con exactitud la descripción de cada código de servicios de su respectivo Centro Asistencial. Este proceso solo aparecerá por única vez después de hacer la instalación del WinEpi3.

IMPORTANTE: al lado derecho encontraremos los siguientes botones:

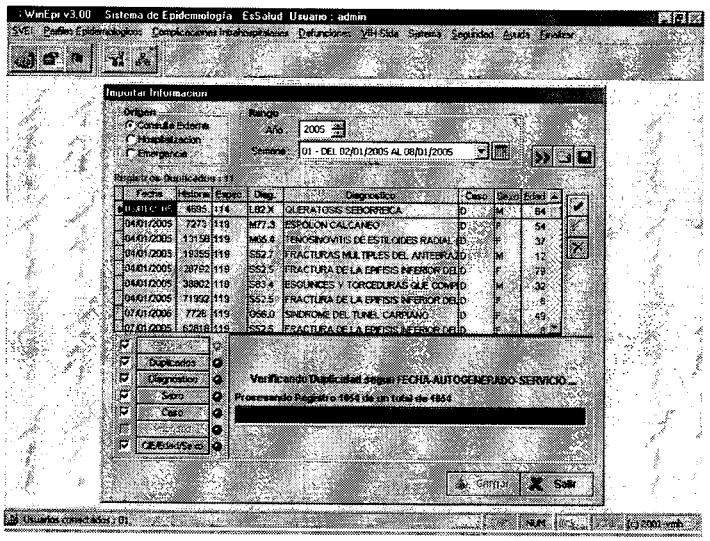
 Este icono elimina a todos los registros duplicados seleccionados automáticamente.

 Este Icono de Excel es muy importante, porque antes de hacer algún cambio con la data que se ha importado del Sistema de Gestión Hospitalaria, es recomendable que copien los registros observados. Por ejemplo cuando presionaron el botón de duplicados es recomendable que los registros que están en rojo (duplicados) antes de eliminarlos lo envíen a Excel y lo guarden en una carpeta, igualmente cuando presionen el botón de CIE/EDAD/SEXO si ven la necesidad de hacer alguna modificación ya sea con el diagnostico, sexo o edad, es preferible que guarden una copia de esos registros en Excel para informar los hallazgos a las áreas involucradas y se realicen las acciones correctivas necesarias.





El segundo botón selecciona los casos **DUPLICADOS,** los que han ingresado dos o mas veces con el mismo diagnóstico al establecimiento en la misma semana, usted deberá presionar el botón DUPLICADOS y aparecerá una relación de registros resaltados en color rosado. Para eliminarlos presione el botón de la **X** que se encuentra al lado derecho, luego presione nuevamente el botón DUPLICADOS y desaparecerán los registros, también verá que el circulo rojo cambiará de color a verde, pasando al siguiente botón de depuración.



El siguiente botón es el de **DIAGNOSTICOS,** este botón listará los registros que no estén codificados, para ello usted deberá ubicar la historia clínica o ingresar al Sistema de Gestión Hospitalaria para verificar el diagnóstico correspondiente. Usted tiene la opción de presionar el botón que le permitirá desactivar la restricción.

Cuando encuentren varios registros vacíos, al importar información de EMERGENCIAS generalmente se debe a que en el Sistema de Gestión Hospitalaria no están codificando los diagnósticos. En ese caso tendrá que solicitar se realice dicha codificación.

En el caso que el paciente obtuvo su cita y no entro a la consulta, solo en ese caso deberán eliminar el registro.

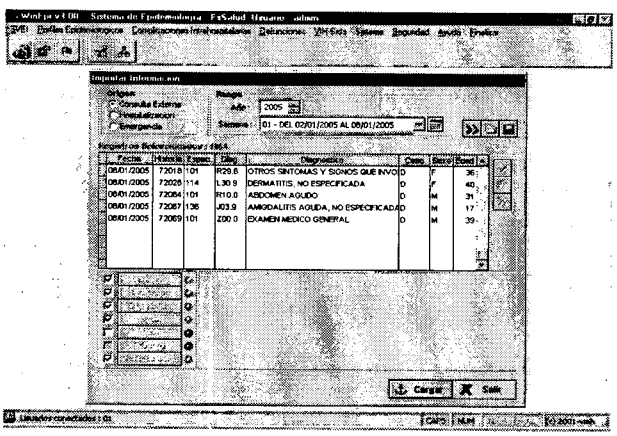
De igual manera vera el botón de **SEXO,** este seleccionará el registro que no tenga escrito el sexo, igualmente usted deberá buscar el dato correspondiente y lo completará. Presione nuevamente el botón para confirmar y poder pasar a la siguiente restricción.

La siguiente restricción es el **CASO,** diferenciado en Definitivo, Presuntivo o Repetido, para los fines epidemiológicos solo consideramos el CASO DEFINITIVO, si aparecen campos en blanco al importa la información de Consulta Externa o de Hospitalización, GENERALMENTE se debe a que los registros son casos REPETIDOS "R", por lo que tendrán que reemplazarlos por la letra R utilizando la segunda opción (Reemp. Por" digite la letra R con mayúsculas y presiones el signo (**>>**).

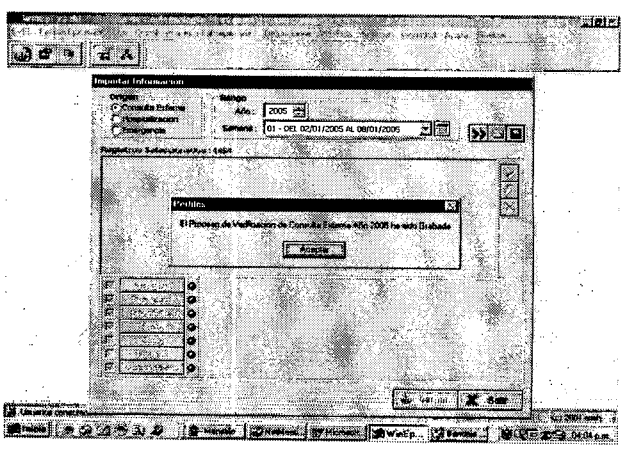
El siguiente botón **PRIORIDAD** es para depurar la importación de los registros de Emergencia, en ella se especificará a cual prioridad pertenece I, II, III, IV.

Y por último, encontraremos el botón **CIE/EDAD/SEXO,** esta es una validación revisada por varios especialistas de acuerdo a las patologías, se podría dar algún caso en especial, que escapa a los criterios establecidos. Para realizar la modificación deberán comunicarse con la Oficina de Planeamiento e Inteligencia Sanitaria de la Sede Central para realizar el cambio respectivo.

Si la lista de diagnósticos esta bien codificada QUITARA EL CHEK al botón de CIE/EDAD/SEXO, solo así se activará la opción del botón CARGAR, el que permitirá guardar la información importada.

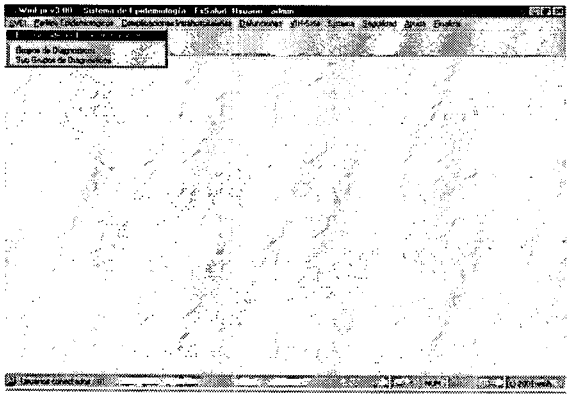


Terminada esta primera depuración general en la parte inferior se activará un botón con el nombre **CARGAR,** esto le permitirá guardar la información limpia para los diferentes sistemas de vigilancia, acepte los mensajes que aparecen.



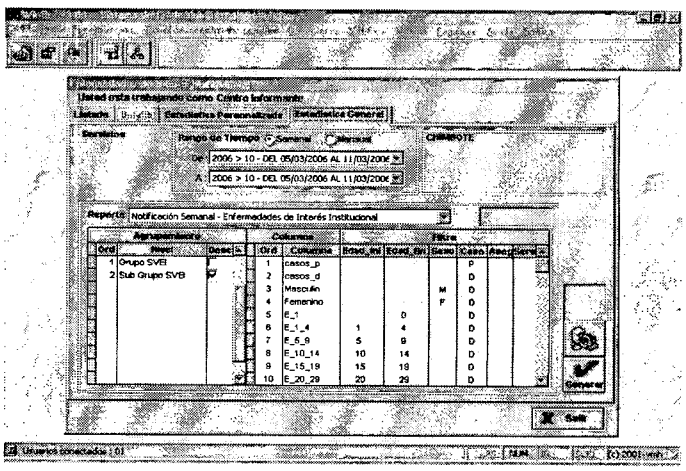
X. GENERACION DE REPORTES DEL SISTEMA DE VIGILANCIA DE ENFERMEDADES DE INTERES INSTITUCIONAL

Para empezar con este proceso ir al menú de la ventana principal del WinEpi3 a la opción SVEI entrar Enfermedades de Interés Institucional

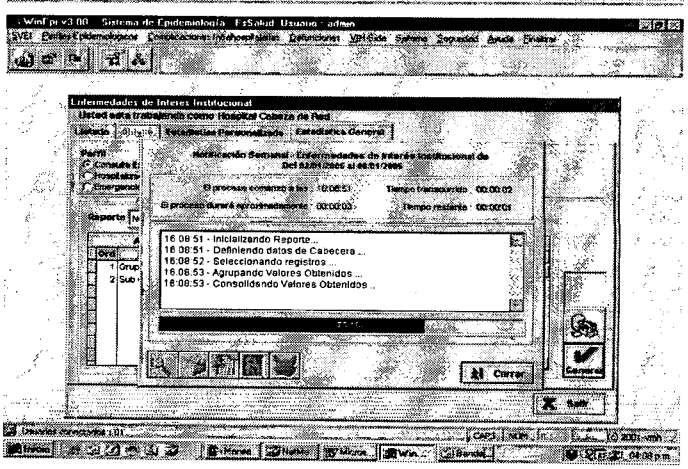


Al ingresar, visualizaremos la primera ventana: **ESTADISTICA GENERAL**, en el lado derecho inferior encontraremos dos botones activados, el primero **ENVIAR** es para que usted pueda crear y enviar sus archivos a la instancia que le corresponde (mas adelante se especificará la forma de enviar su información). Si esta configurado como Red asistencial se activará también el botón de RECIBIR, le permitirá ver la información de los centros de su Red Asistencial.

El siguiente botón **GENERAR,** es para emitir el reporte del sistema de vigilancia de enfermedades de Interés Institucional que le permitirá realizar su vigilancia continua, Previa elección de la modalidad, ya sea el reporte semanal (enfermedades infecciosas y de notificación obligatoria) o el reporte mensual (enfermedades crónicas), así como el rango del tiempo que desee procesar para el análisis.



Hacer clic en GENERAR y empezará el proceso del reporte.





Al terminar este proceso Ud. podrá observar cinco botones en la parte inferior:

1. El primero es la **LUPA** sirve para ver el reporte según el formato emitido por la Oficina de Inteligencia Sanitaria de la Gerencia Central de División de Prestaciones
2. El segundo botón es para **imprimir** el reporte según el formato
3. El tercer botón le permitirá **exportar** la información a una hoja de **Excel**
4. El cuarto botón le permitirá grabar el reporte en un **archivo de texto**
5. El quinto botón le permitirá grabar el reporte como un archivo de **base de datos** en formato DBF

XI. DEPURACION DE LA INFORMACION

Una vez que tenga el reporte impreso podrá ver si hay alguna inconsistencia con los datos, si considera que el reporte esta bien podrá enviarlo, pero si tiene que hacer algunas correcciones deberá entrar a:

VENTANA LISTADO

Aquí encontrará las opciones para realizar las modificaciones correspondientes.

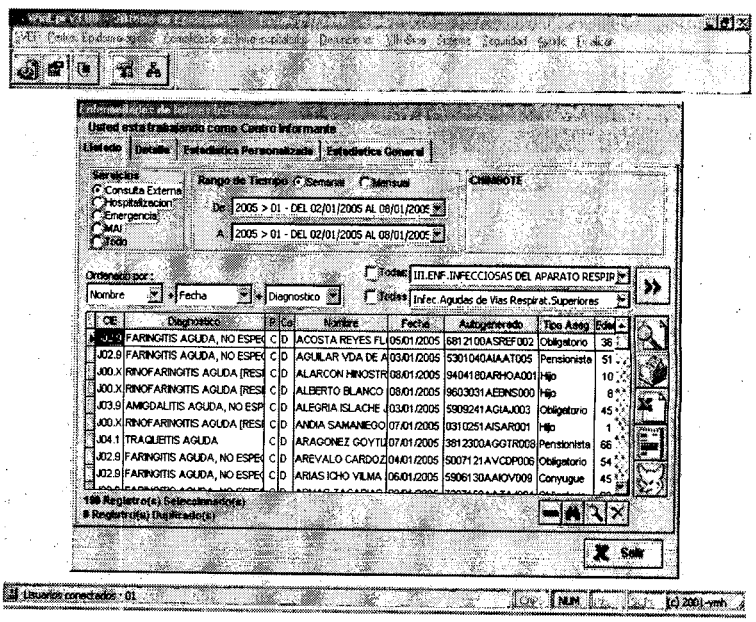
Deberá hacer la selección por **SERVICIOS** (Consulta. Externa, Hospitalización, Emergencia, Módulo de Atención Integral y la opción Todos), se recomienda seleccionar la opción TODO, para verificar que pacientes ingresaron con un mismo diagnóstico a un diferentes en un rango de tiempo.

La otra opción es seleccionar el **RANGO DEL TIEMPO,** para efecto de depuración es recomendable hacerlo en el rango de tiempo desde la semana 1 o para el reporte mensual desde el mes de enero, hasta la última semana que hallan importado datos de gestión hospitalaria, es para verificar si un mismo paciente pudo haber entrado en las semana o mes anterior con el mismo diagnóstico.

Otro punto importante es seleccionar el **GRUPO** de las enfermedades y el **SUB GRUPO** de las mismas, para efecto de depuración es importante seleccionar este subgrupo.
Este procedimiento es el mismo para el reporte **MENSUAL DE LAS CRONICAS**

Después de hacer la selección presione el botón con el signo [>>]

En el siguiente ejemplo se ha seleccionado el grupo III de las enfermedades Infecciosas y el diagnóstico Infecciones Agudas de vías respiratorias superiores, en el servicio de consulta Externa, es preferible seleccionar el botón TODOS, para identificar si un paciente a ingresado con un mismo diagnóstico en diferentes servicios.



V°B°

Como se podrá observar en la parte inferior derecha hay 4 botones que ayudaran a realizar la depuración:

 Este botón ayudará a ubicar a los registros duplicados, si le da un clic en el, seleccionara y marcara de color rojo a todos los archivos que se estén duplicando automáticamente

 Botón para eliminar todos los registros que sean repetidos o sea todos los registros de color rojo.

 Sirve para eliminar algún registro que sea necesario

 Botón para ubicar a los registros duplicados uno por uno, de repente se desea verificar algunos registros duplicados

Al lado derecho encontrará también, los siguientes botones:

 Mostrará el reporte del listado que ha seleccionado.

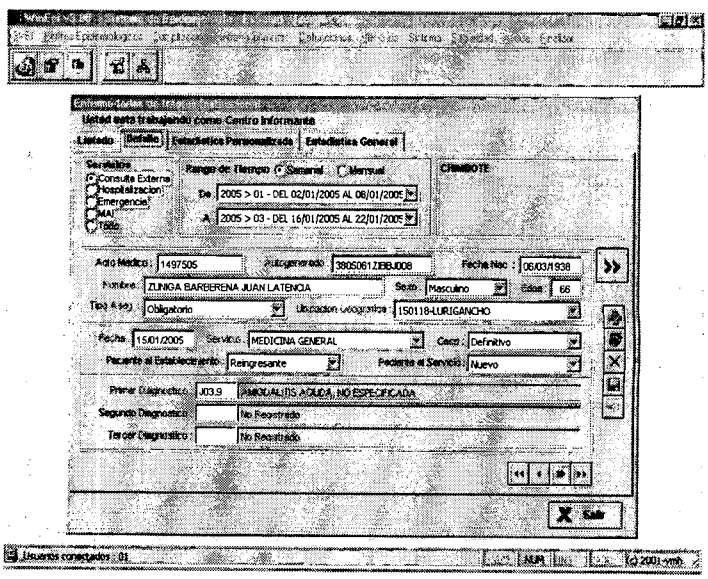
 Botón para ayudar a imprimir el reporte que seleccionó anteriormente

 Botón para exportar el listado seleccionado a Excel para un posterior análisis, esto dependerá del listado que le desee obtener, así también podrá seleccionar los códigos CIE-10 que solicite la DIRESA del Ministerio de Salud del nivel local.

VENTANA DETALLE

En esta opción podrá ver registro por registro, eliminar o agregar un registro que no estuvo considerado.

De igual modo podrá realizar modificaciones en cualquiera de las variables que se presenten. Ubíquese en la opción LISTADO, seleccione el servicio (Consulta Externa Hospitalización o Emergencia), en donde se encuentra el registro, haga clic en el registro e ingresará a la opción DETALLE, luego se visualizará la siguiente pantalla.





Al lado derecho encontraran los siguientes botones:

 Este botón AGREGAR sirve para adicionar un nuevo registro si Gestión Hospitalaria no lo hubiese importado. Cuando presione este botón solo quedarán activadas las opciones GRABAR y CANCELAR, así como, los campos de las variables que permitirán el ingreso del nuevo registro.

 El botón de EDITAR permite modificar los datos del registro seleccionado.

 Este botón sirve para ELIMINAR, algún registro, si fuese necesario.

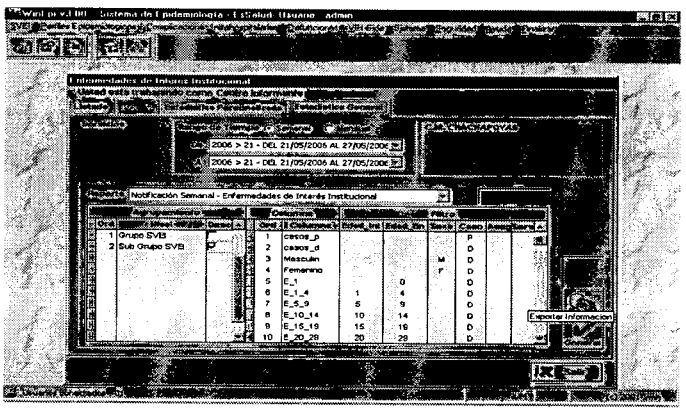
 Este botón GRABAR sirve para confirmar algún cambio que se halla realizado

 Este botón de CANCELAR se puede regresar al inicio de no realizarse ninguna modificación.

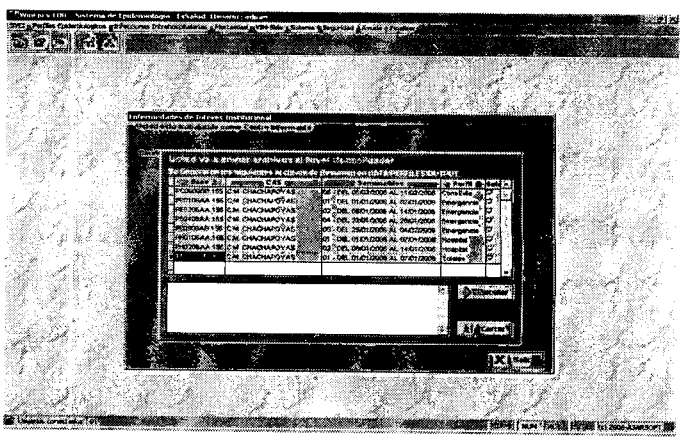
XII. PASOS PARA ENVIAR INFORMACIÓN

Si esta configurado como Centro Informante

Después de haber analizado y depurado la información deberá remitirla a la instancia correspondiente, ya sea a la cabeza de Red o al Nivel Central. Para facilitar este proceso seleccionar la semana o el rango de semanas o meses que va a enviar. Presione el botón **ENVIAR,** automáticamente se listarán los archivos que se enviarán.



El siguiente paso es presionar el botón EJECUTAR, y los archivos se guardaran en la siguiente ruta: **C:\winepi3\data\perfiles\output** de donde podrán enviarlos vía correo electrónico.



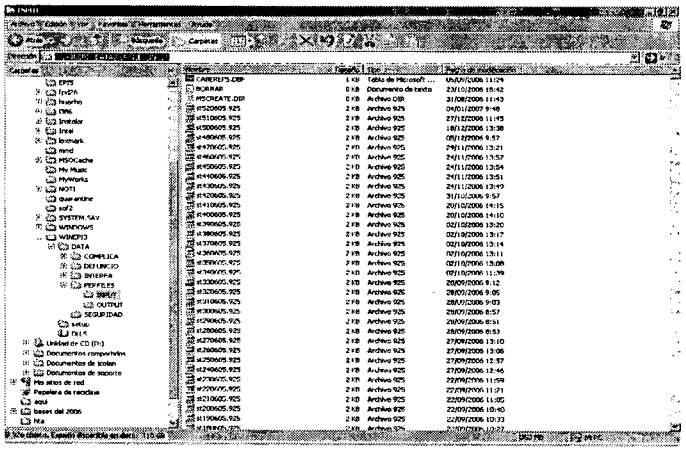
XIII. PASOS PARA RECIBIR INFORMACIÓN

Si es Cabeza de Red

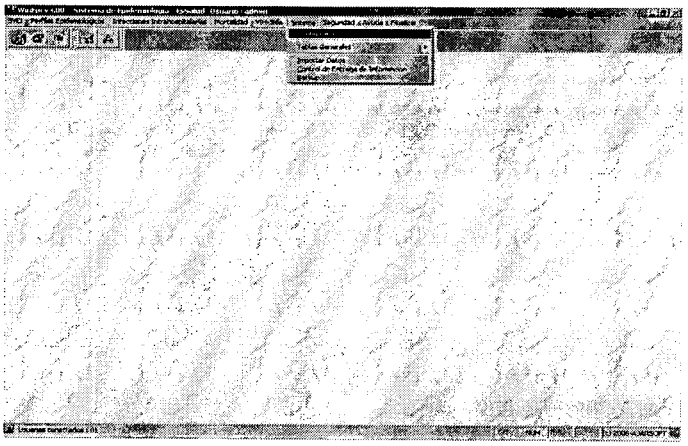
Si usted pertenece a un Hospital Cabeza de Red, y desea recibir información de los centros asistenciales de su red, deberá seguir el siguiente procedimiento.

Los archivos le llegaran vía correo electrónico, usted deberá copiarlos en la siguiente ruta:

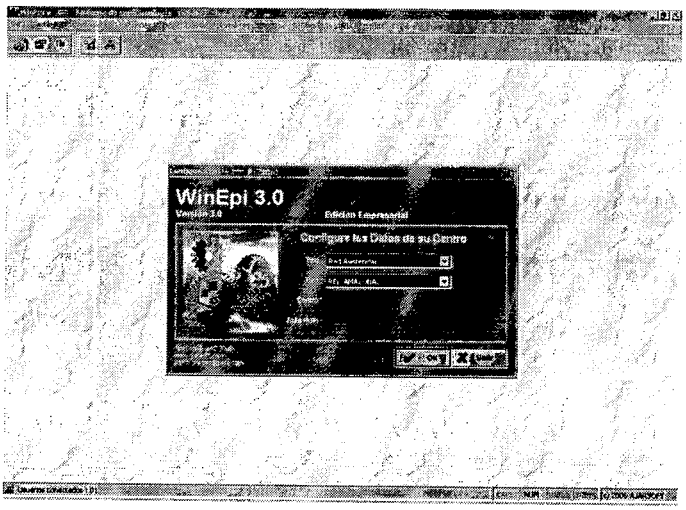
C:\WINEPI3\DATA\PERFILES
INPUT



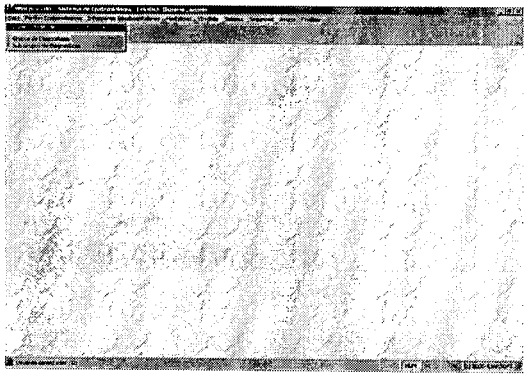
Luego tendrá que configurar su WinEpi3 de la siguiente forma, ir al menú seleccionar SISTEMAS, CONFIGURACION, y aparecerá la siguiente ventana.

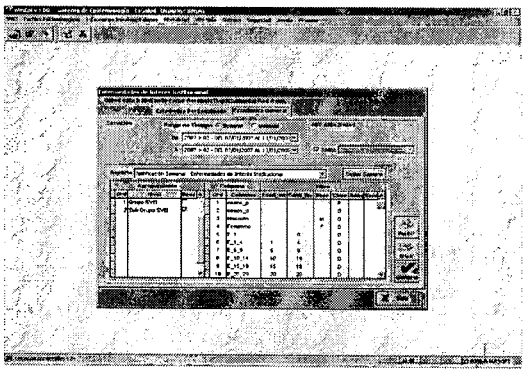


En TIPO, seleccionar la opción RED ASISTENCIAL, y solo se activará la RED para que usted seleccione a la red que pertenece, luego presionar el botón de OK.

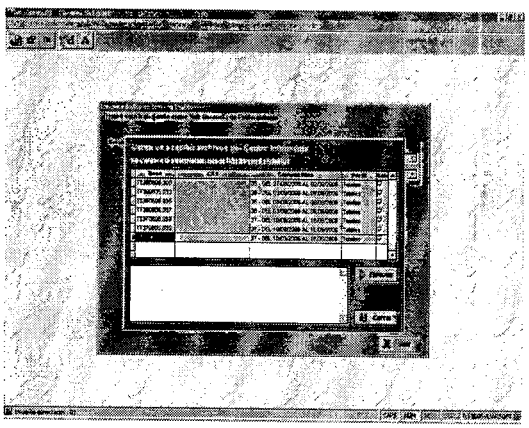


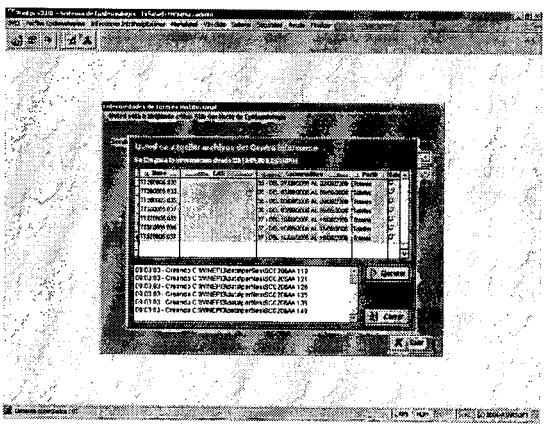
Luego ir al SVEI a la opción enfermedades de interés institucional, y visualizará la siguiente ventana, quedando activado el botón de recibir 





Antes de presionar este botón (recibir) previamente debe haber copiado los archivos que le han enviado los centros de su red a: C:\winepi3\data\perfiles\input, solo así podrá ver y EJECUTAR los archivos que le han enviado.





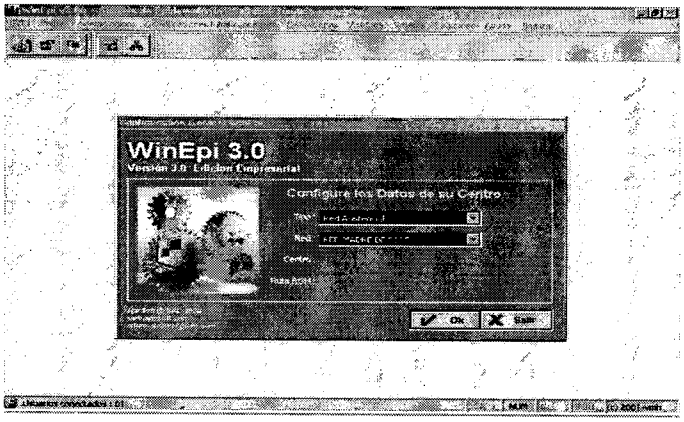


XIV. PROCESO DE DIGITACIÓN DE REPORTES DEL SISTEMA DE VIGILANCIA DE ENFERMEDADES DE INTERES INSTITUCIONAL

Si algún Hospital Cabeza de Red necesita digitar información de alguno de sus centros, o si se encuentra en un centro que no tiene el Sistema de Gestión Hospitalaria deberán seguir los siguientes pasos:

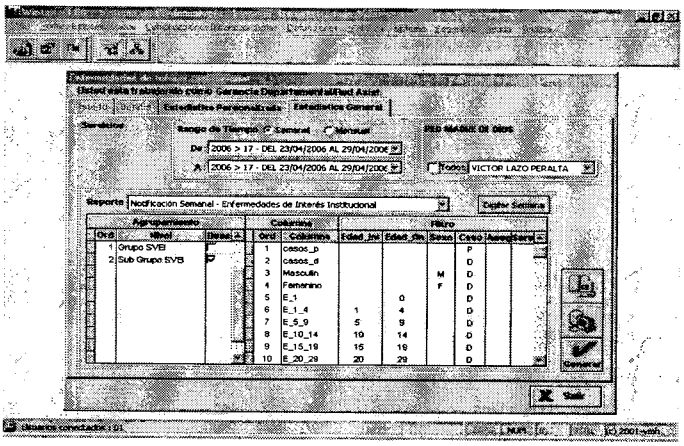
Entre a SISTEMAS CONFIGURACION y realice la siguiente selección: en TIPO seleccione RED ASISTENCIAL y en RED, la red a la que pertenece

Luego entre al MENU de SVEI Enfermedades de Interés Institucional.

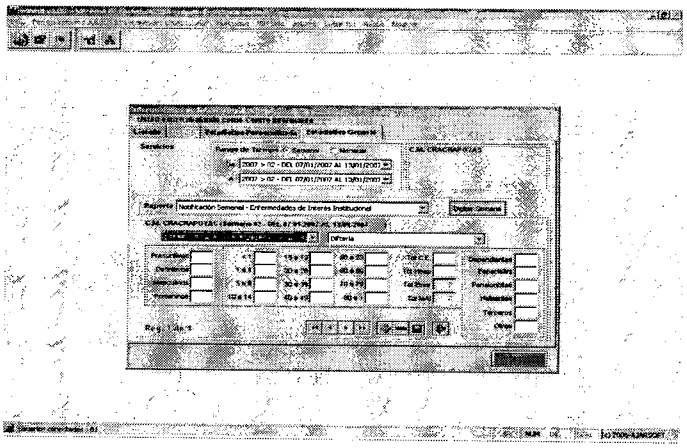


Aparecerá la siguiente ventana: ubíquese en el casillero donde dice **Red de Madre de Dios (Ejemplo)**

Desactive el check que se encuentra junto a la palabra "Todos", seleccione el centro que va a digitar (en este caso su hospital), luego presionar el botón DIGITAR SEMANA, ya sea semanal o mensual, de ser lo segundo en la opción de **REPORTE** hacer la selección correspondiente.



Al presionar el botón de DIGITAR SEMANA aparecerá el siguiente recuadro. Para que se activen las opciones, deberá hacer un clic al botón de la CRUZ DE COLOR VERDE, luego seleccione el GRUPO y el SUB GRUPO de los diagnósticos, en ese momento usted podrá llenar las cantidades de los casos según cada diagnóstico.



Después de digitar la información, si va a agregar otro diagnóstico presionar el botón MAS (agregar) de color verde, si ha concluido la digitación, presionar el botón del disket (terminar).

XV. ESTRUCTURA DE LOS ARCHIVOS DEL WINEPI3

Archivos del sistema de vigilancia de Enfermedades de Interés Institucional:

SC0107aa.039
SH0507ab.039
SE1007cc.039

S = reporte semanal
C = consulta externa
H = hospitalización
E = emergencia

aa = enero (esta semana solo esta dentro de los días de enero)
ab = enero y febrero (la semana 5 esta compuesta por días de enero y febrero)
cc = marzo (esta dentro del mes de marzo)
039 = código del centro asistencial

La semana 01 estaría compuesta por:

SC0107aa.039 reporte de consulta externa semana 01

SH0107aa.039 reporte de hospitalización semana 01

SE0107aa.039 reportes de emergencia semana 01

Para los Centros Asistenciales que cuenten con todos los servicios reportaran sus actividades según las tablas antes descritas. Para los Centros Asistenciales de nivel I será menor, es decir solo tendrán Consulta Externa, los de nivel II, tendrán Consulta Externa y Emergencia, y el nivel III tendrá Consulta Externa, Hospitalización y Emergencia.

NOTA: Estos archivos son los mismos que se generan para los reportes mensuales (crónicas) después de depurarlos reenviarlos teniendo en cuenta las semanas epidemiológicas consideradas en cada mes, si la ultima semana esta dentro de dos meses, automáticamente el software toma el dato hasta el último día del mes, es decir 30 o 31 días

Semanas Epidemiológicas

SC0107aa.231
SC0207aa.231
SC0307aa.231
SC0407aa.231
SC0507ab.231

} Conforman el reporte mensual De las enfermedades no transmisible Y enfermedades crónicas

S = Reporte semanal
C = Consulta Externa
01, 02, 03, 04, 05 = numero de semanas epidemiológicas

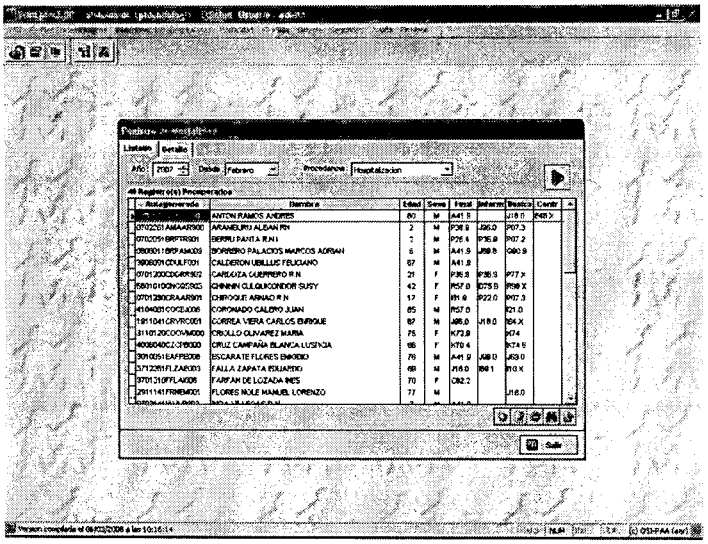
Manual de Usuario – WinEpi v 3.0

Módulo
Sub Sistema de Vigilancia de Mortalidad



1.1 Listado

En esta ventana aparecerán todos los registros digitados hasta la fecha, si desea hacer alguna modificación, use los iconos correspondientes para cada caso. Cuando desee ver información de un determinado año, mes o procedencia deberá seleccionar las variables mencionadas y presionar el botón VER INFORMACION de color verde que esta en el margen superior derecho.





VER INFORMACION, este botón le permite CORRER EL PROCESO que ha seleccionado, cada vez que haga algún cambio en las variables presione este botón.



AGREGAR REGISTROS, automáticamente entrara a la ventana DETALLES, permitiendo digitar nuevos registros. Consta de 3 pestañas para ingresar todos los datos del fallecido.



MODIFICAR REGISTRO, como su propio nombre lo especifica, sirve para modificar los datos de un registro seleccionado del Sistema de Gestión Hospitalaria, o un registro digitado, este botón se desactiva cuando no hay datos en la pantalla.



ELIMINAR REGISTRO, según sea necesario con esta opción podrá eliminar un registro, solo elimina uno por uno por seguridad, al igual que el anterior solo se activa cuando hay datos en la pantalla.



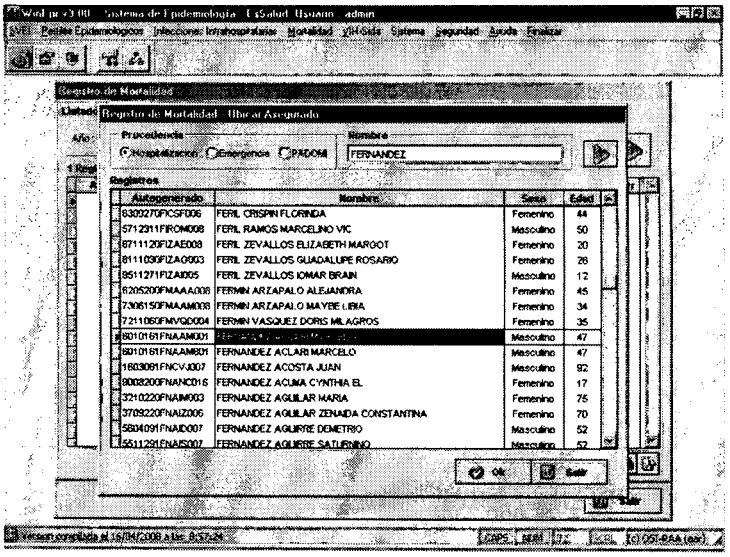
IMPORTAR DESDE GESTION, este botón le permitirá importar los datos de los fallecidos que se digitan en el Sistema de Gestión Hospitalaria en la tabla DHISDEF.DBF. Verificar que la información este actualizada.

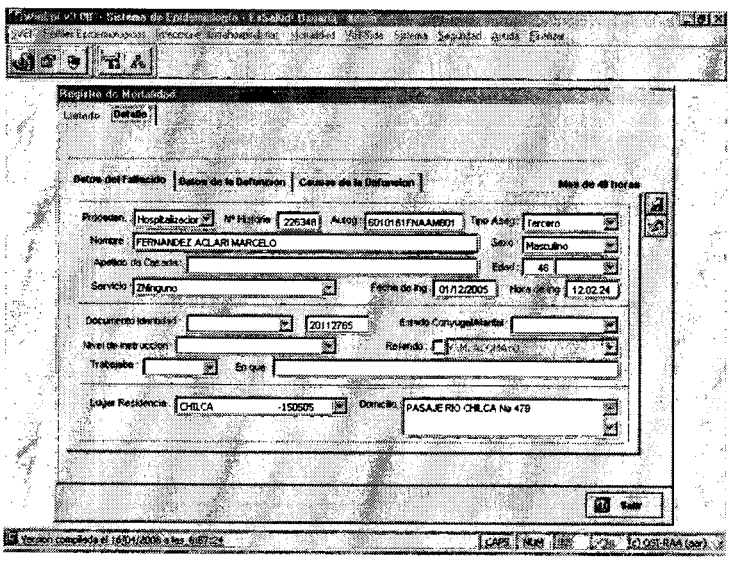


BUSCAR DESDE LOS EGRESOS HOSPITALARIOS: Opción que será muy útil, ya que permitirá ingresar a TODOS LOS REGISTROS DE LOS EGRESOS HOSPITALARIOS (Hospitalización, Emergencia y PADOMI). Facilita realizar una búsqueda rápida por el nombre de la persona registrada en el certificado de defunción (Digitar el nombre y/o el apellido y presionar el botón VER INFORMACION, ubicará o acercará el nombre de la persona buscada).



Después de ubicar y seleccionar con un clic el nombre buscado, hacer clic en el botón de OK y aparecerán los datos generales del mismo, deberá llenar la información que falta de acuerdo a su certificado de defunción: datos del fallecido y las causas de muerte. (ver las siguientes pantallas)





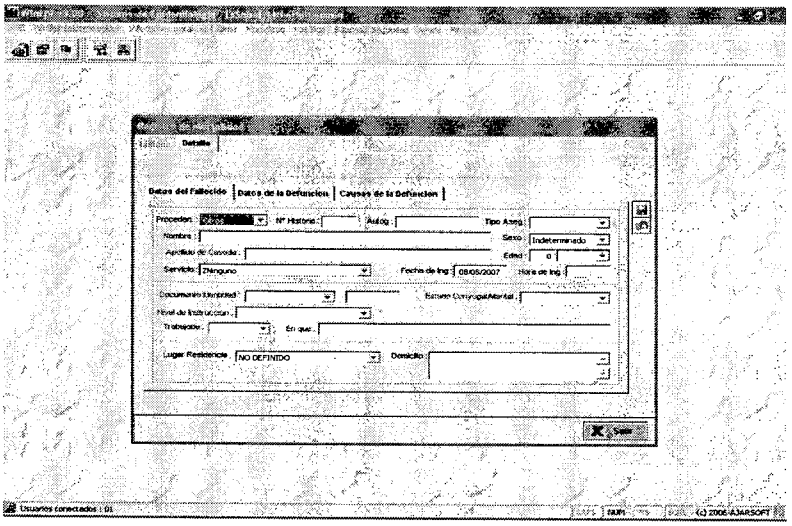
INTELIGENCIA SANITARIA
Visto
Mendoza A.
JEFE
DPTO. C.C.B.S. ESSALUD-HNDM

1.2 Detalle

Datos del Fallecido

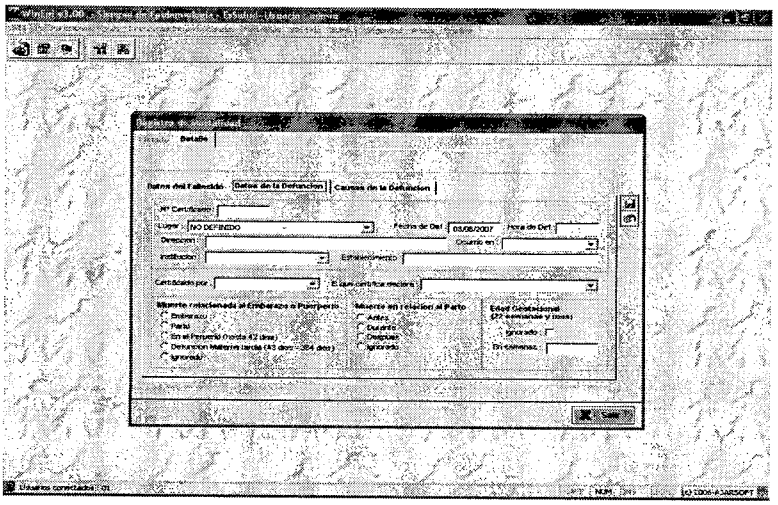
Esta ventana presentará los campos para ingresar los datos generales del fallecido. Una de las variables que no esta en el certificado pero que aparece en esta ventana es REFERIDO, es decir, si el fallecido viene de otro centro de salud o que pertenece a otra red asistencial, en este caso deberá ingresar el centro de referencia, para ello poner el check respectivo y habilitar el campo que le permita buscar y seleccionar el centro de salud.

Tenga en cuenta que cuando se ingresa por primera vez un registro, siempre se activará los botones de grabar y deshacer cambios (lado derecho de la pagina de datos), si ingresa de nuevo a un registro ya digitado aparecerán otros botones para realizar alguna modificación en algún registro, no se olvide de presionar el botón MODIFICAR REGISTRO, de lo contrario no se grabará los cambio que realice.



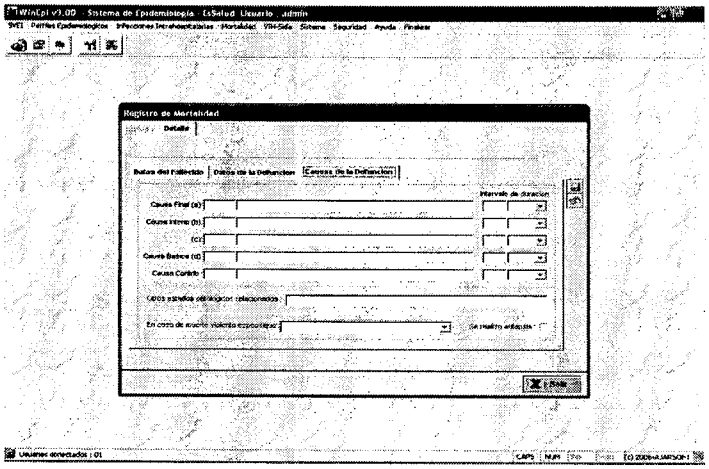
Datos de la Defunción

Ingresar los datos de acuerdo al certificado de defunción, en esta opción se ingresa los datos del lugar donde se produjo el fallecimiento, en esta ventana también encontrará una variable donde se especificará el número de registro del colegio médico o en su defecto el nombre del médico que hizo el llenado del certificado, con el fin de apoyarlo en cuanto a una mejor codificación de las causas de muerte.



Causas de la Defunción

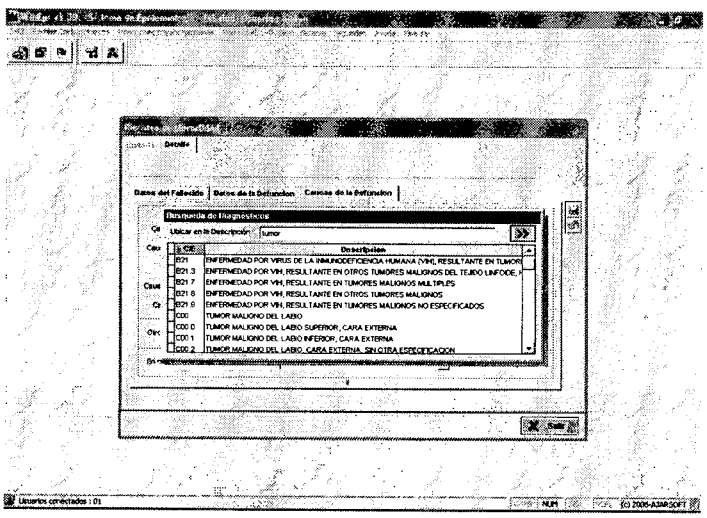
En esta pantalla se deberá tratar de llenar la información estrictamente igual al certificado de defunción, como se sabe los certificados no traen el código del CIE-10 solo encontrará la descripción de las causas por lo que usted deberá de codificarlo de acuerdo a la descripción que figuran en el certificado de defunción, en esta pantalla también encontramos los casos de muerte por violencia, si fuese el caso seleccione el que mas se acerque, a la vez encontrará una opción para seleccionar si se realiza la autopsia al fallecido.



Ayuda para la Codificación

Con respecto a la codificación, si se ubica en el recuadro CIE-10, haciendo clic en el botón izquierdo del mouse aparecerá el listado del CIE-10, donde podrá ubicar el código de la enfermedad.

Pero si no recuerda que código del CIE-10 es el que debe seleccionar, entonces en el recuadro de UBICACION EN LA DESCRIPCION digitará una palabra de la descripción de la causa, presione luego el signo de proceso (**>>**) y le seleccionará todos los registros que tengan esa descripción para que usted elija el diagnóstico buscado.



Botones de Trabajo

 Concluido el ingreso de la información presionar este botón de GRABAR REGISTROS, esto habilitará nuevamente los botones de Agregar Registro, Modificar Registro, Eliminar Registro, Seleccionar desde Gestión.

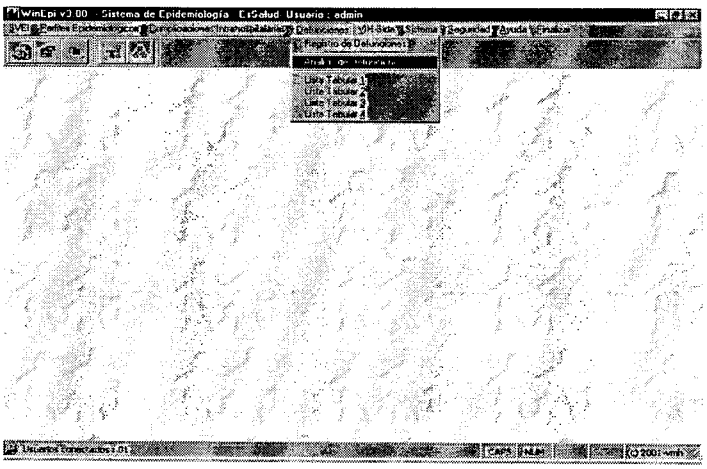
 El siguiente botón sirve para DESHACER CAMBIOS de un determinado registro que halla digitado.

 Este BOTÓN permite salir de la pantalla donde se encuentre.

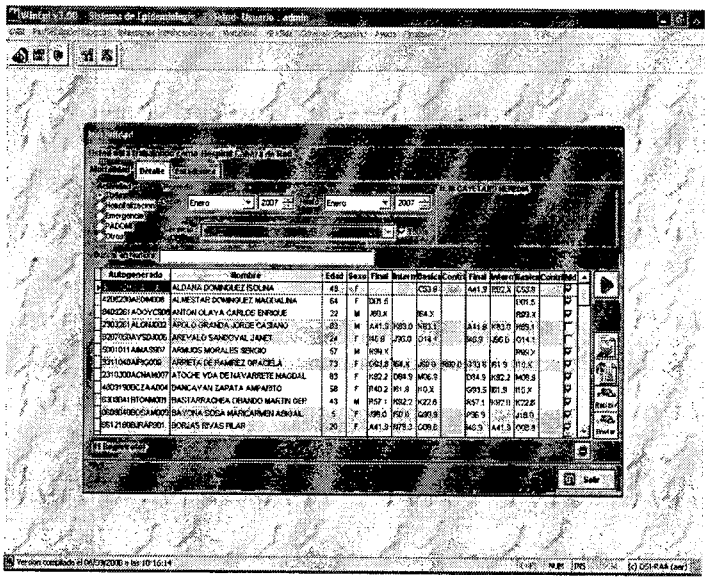
II. ANÁLISIS DE LA DEFUNCIONES

Correcciones de Causa de Muerte

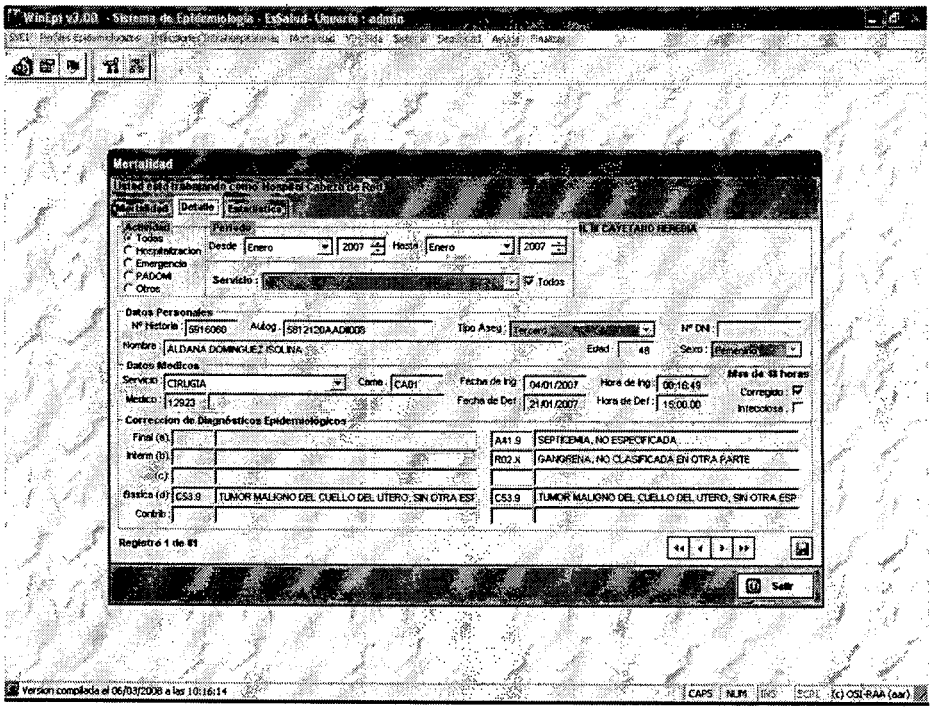
Ir a la opción **Análisis de Defunciones,** al hacer clic entrará a la ventana principal de mortalidad.



Luego seleccione el rango del mes, año y la actividad si fuese necesario para realizar las correcciones de la causa de fallecimiento, si fuese necesario puede digitar el nombre del fallecido en la barra de BUSCAR NOMBRE y presionar el signo de proceso (**>>**) aparecerá un listado de todos los registros que tengan el mismo nombre o apellido, así podrá realizar su búsqueda mas rápida y dinámica, acuérdese que no todos los Dx del CIE-10 son causas Básicas de Muerte, cualquier consulta comuníquese con la Oficina de Planeamiento e Inteligencia Sanitaria.







En la opción de **CORRECCION DE DIAGNOSTICO EPIDEMIOLOGICO** (de fondo blanco) el responsable de este sistema de vigilancia deberá realizar las correcciones en los códigos de la causa de fallecimiento que se encuentra al lado derecho, si no tiene ninguna observación **REPETIRA LA CODIFICACIÓN** digitada inicialmente del Certificado de Defunción.

Si ha realizado algún cambio en alguna de las causas, poner un check en CORREGIDO para especificar que ha sufrido modificación.

Nota: En el volumen 2 del CIE-10, podrá encontrar las reglas y orientaciones para la codificación de la mortalidad.

V°B°
Dr. R. Espinoza A.
JEFE

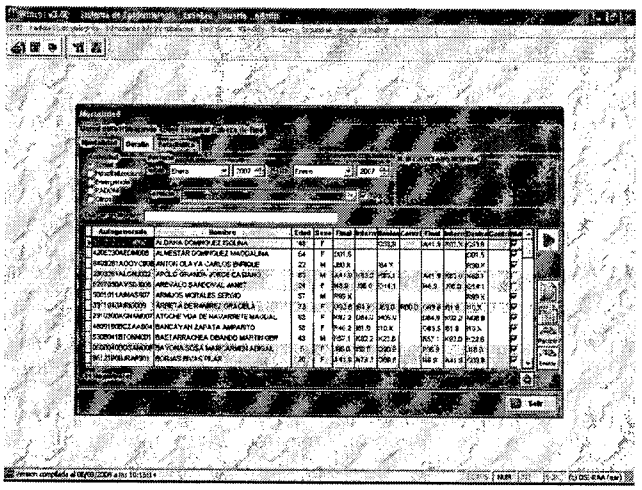
III. ENVIAR INFORMACION AL NIVEL CONSOLIDADOR

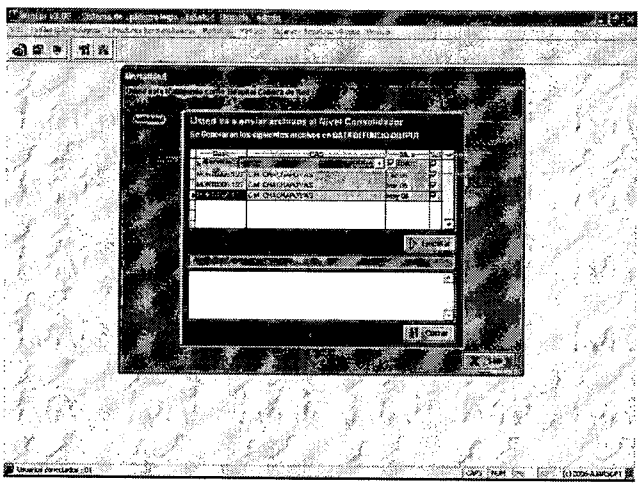
Antes de enviar la información cerciórese que todos los campos del registro estén debidamente llenos, que no hallan registros en blanco en su base de datos.

El siguiente gráfico muestra el proceso para la generación de los archivos que serán enviados a su hospital base, primero presione el icono de ENVIAR y aparecerá otro ventana donde le muestra los archivos que serán enviados:

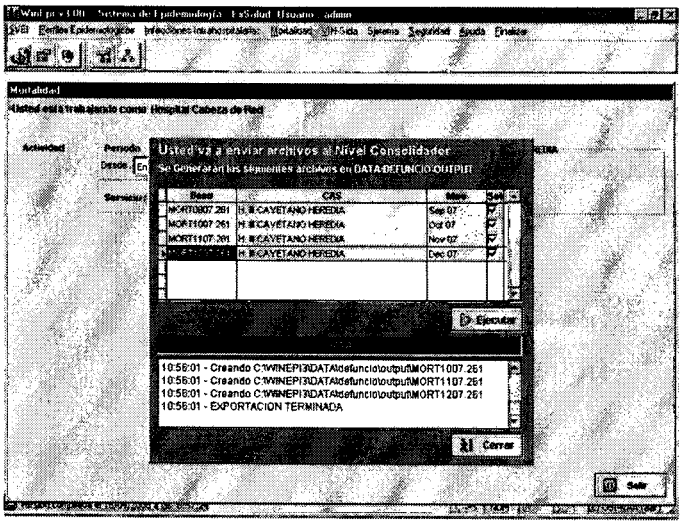
Base = nombre del archivo a enviar
CAS = nombre del centro o centros si fuera cabeza de red
Mes = mes del reporte

Luego de ejecutarlo, mostrará la ruta → C:\winepi3\data\defuncio\output, donde se guardaran los archivos generados para su posterior envió vía correo electrónico.









Botones de Trabajo

 VER REPORTE EN PANTALLA, después que halla echo la selección de las variables, podrá ver el reporte en formato de texto y podrá imprimirlo.

 GRABAR REPORTE EN FORMATO EXCEL, el listado que ha seleccionado podrá enviarlo al formato de Excel y realizar sus informes respectivos



IMPORTAR INFORMACION, esta opción se activa si el winepi3 esta configurado como RED ASISTENCIAL, solo así podrá recibir los reportes de los centros que conforman su red asistencial.



EXPORTAR INFORMACION, presionando este botón podrá enviar sus reportes a su centro consolidador.

IV. RECIBIR INFORMACION DE LOS CENTROS INFORMANTES

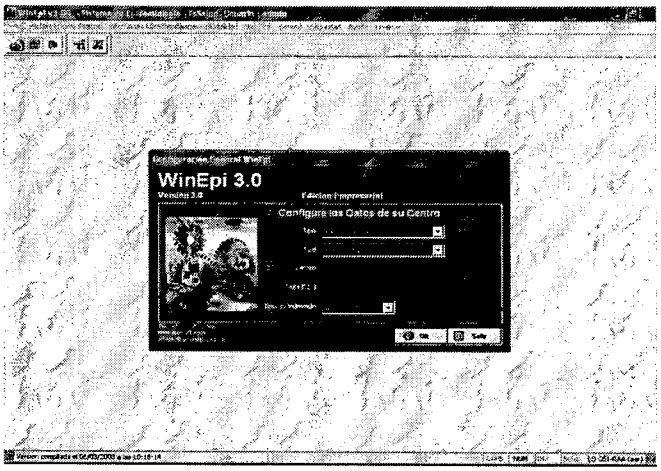
Al igual que los demás sistemas de vigilancia, para poder recibir información y revisarla debe estar configurada como RED ASISTENCIAL, esto es solo para los Hospitales Cabeza de Red, luego entrar a la ventana principal del WinEpi3 a la opción MORTALIDAD →ANALISIS DE DEFUNCION, al extremo derecho se encuentra el botón RECIBIR dar un clic y aparecerá una pantalla donde les mostrará los archivos de los centros que han enviado su información.

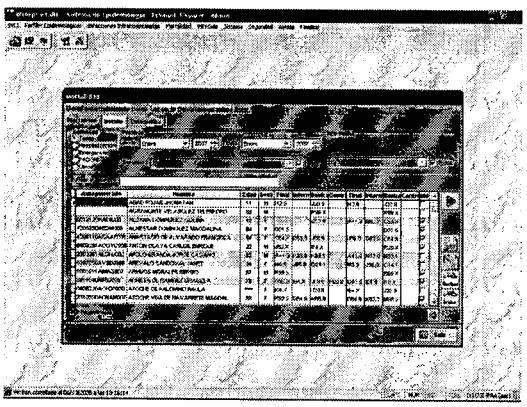
Las variables que verá son las siguientes:

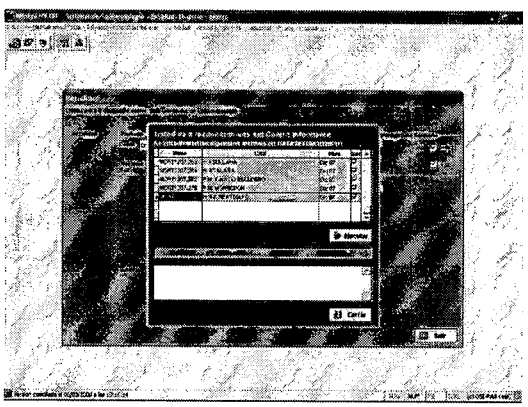
BASE = nombre de los archivos recibidos
CAS = centros reportantes de su respectiva red
MES = periodo respectivo de notificación

Presionar el botón 

y empezará el proceso de recibir información, al finalizar mostrará la ruta donde fueron copiados los registros, luego seleccionar el centro del cual desea ver la información o si lo prefiere mantener el check en la opción TODOS para listar el consolidado.

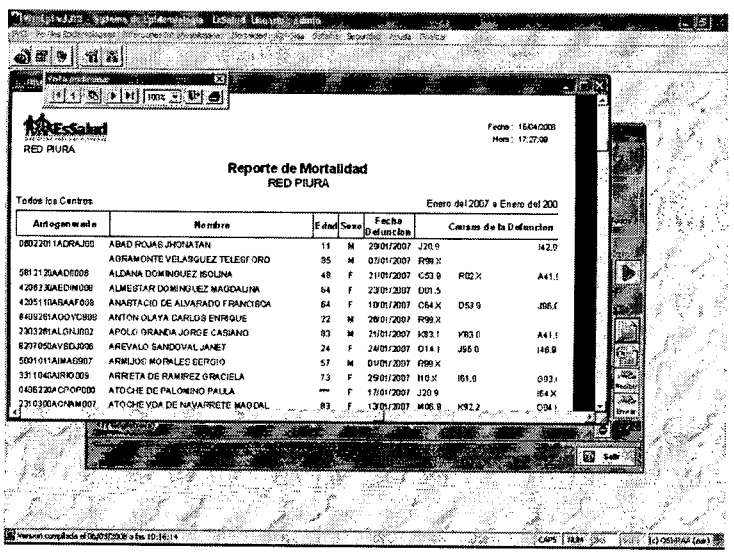


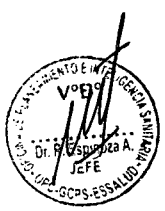


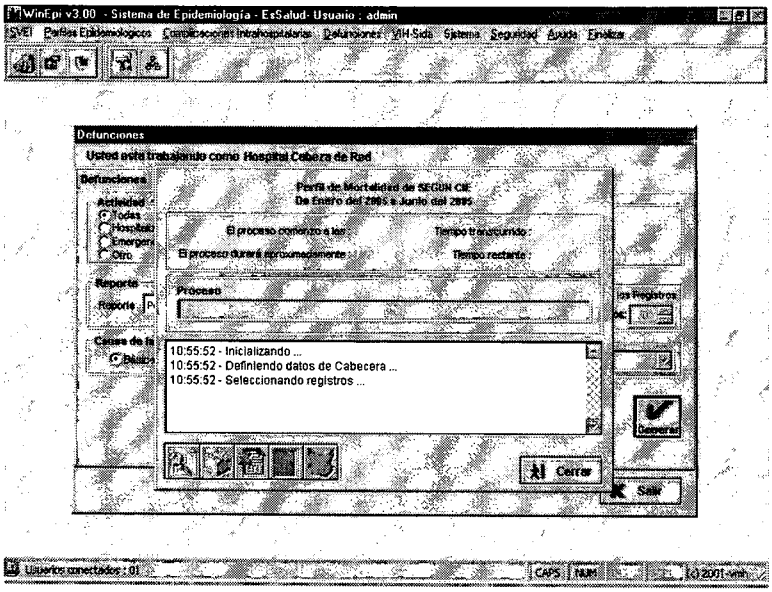


V. REPORTES

Seleccionar el establecimiento o el consolidado de los centros, el periodo o el rango de tiempo y presione el botón PROCESO, luego hacer clic en botón LUPA y se visualizará los registros ingresados en el centro seleccionado, de requerirlo podrá exportarlos al EXCEL.

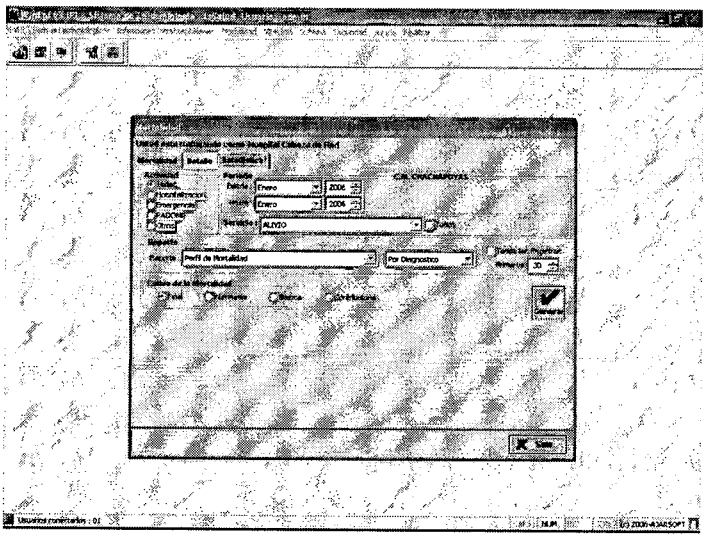


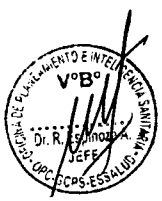


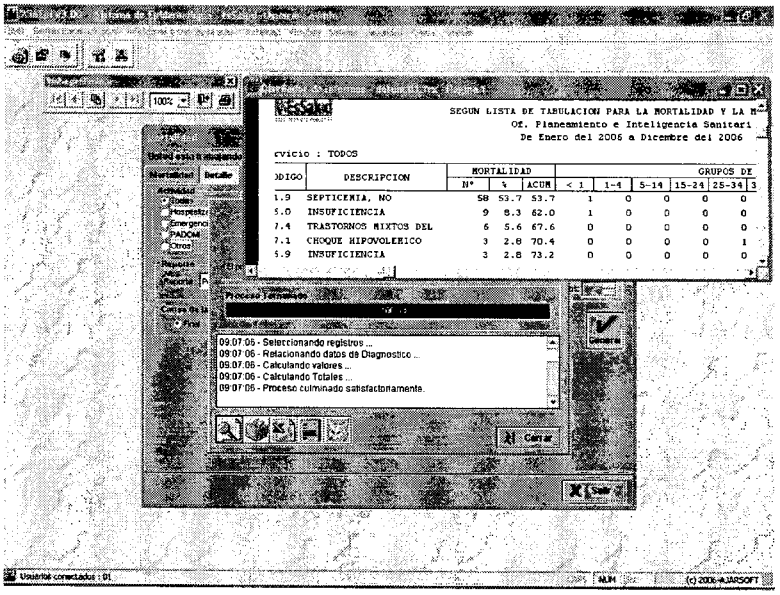


Ventana Estadísticas

A través de esta opción podrá listar reportes por causa de mortalidad y por la cantidad de registros que se requiera, para ello usted debe determinar el periodo y la actividad. Presionar el botón GENERAR y obtendrá el reporte, el mismo que podrá ser exportado a Excel de ser necesario.







VI. ESTRUCTURA DE LOS ARCHIVOS

Si son Hospital Cabeza de Red en la carpeta C:\winepi3\perfiles\input deberán colocar los archivos que les llega de su red, si son centros Informante en la carpeta C:\winepi3\perfiles\output encontraran los archivos a enviar, las estructuras de los archivos serán las siguientes:

MORT0107.349
MORT0207.349
MORT0307.349

MORT = descripción del sistema de vigilancia de MORTALIDAD
01, 02, 03 = enero, febrero, marzo ...etc
07 = el año
349 = numero del código del Centro Asistencial

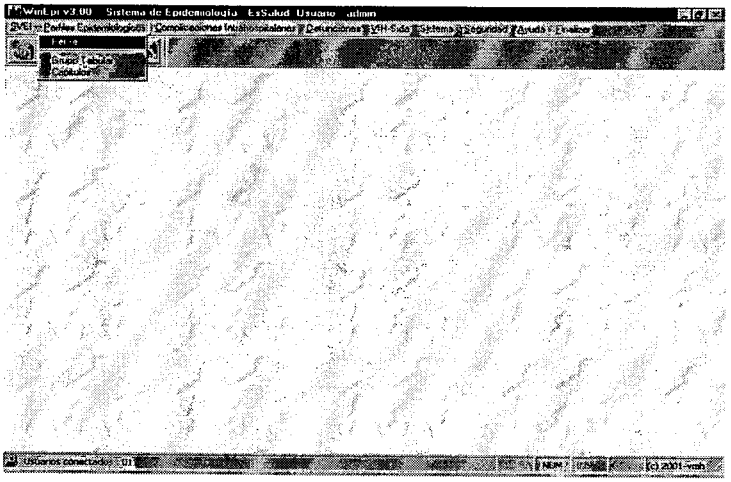
Manual de Usuario – WinEpi v 3.0

Módulo
Sub Sistema de Vigilancia de Perfiles Epidemiológicos



Módulo del
Sub Sistema de Perfiles Epidemiológicos de
los Servicios de Salud

Una vez que se ha importado la información del Sistema de Gestión Hospitalaria, semana por semana y servicio por servicio (consulta externa, hospitalización, emergencia) ir a la opción Perfiles Epidemiológicos del menú del WinEpi3, seleccionar la primera opción "PERFILES".



Configurar el sistema, de acuerdo a la siguiente clasificación:

RED ASISTENCIAL,(permite digitar información de algún centro de su Red, pueden importar y exportar información y podrán generar el reporte)

HOSPITAL CABEZA DE RED, (esta opción le permite Generar y Exportar su reporte o información)

CENTRO INFORMANTE (de igual forma con esta opción van a poder exportar y generar su reporte del proceso de su centro)

La información que se genera en este Sub Sistema de Vigilancia es consecuencia de la misma importación de datos que se hace semanalmente del sistema de Gestión Hospitalaria, solo que para generar un mes de información hay que acumular las 4 o 5 semanas que tiene cada mes (según el calendario epidemiológico), pero el reporte es el acumulado de los 30 o 31 días calendario.

I. ESTADISTICA GENERAL

En el gráfico siguiente veremos una ventana configurada como cabeza de red. En principio deberá seleccionar el tipo del perfil (consulta externa, hospitalización o emergencia), luego seleccione el rango de meses y año del cual va a generar su información.

Al extremo derecho visualizará los botones siguientes:

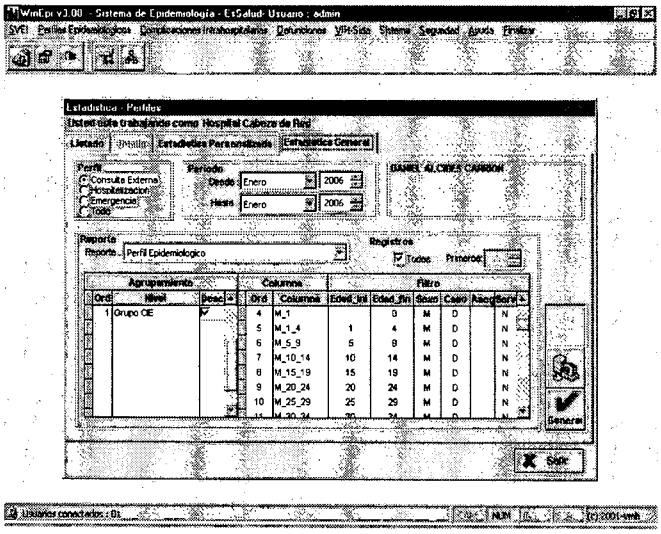


Este botón de EXPORTAR le permite generar el archivo para enviar al Hospital Base, los archivos se graban en la ruta siguiente C:\winepi3\data\perfiles\output.



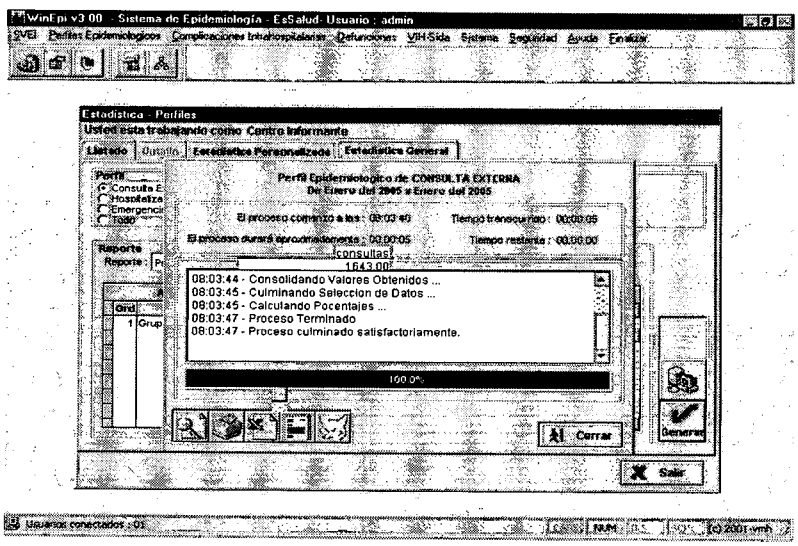
El botón GENERAR sirve para emitir su reporte según la selección que halla realizado.

También tiene la opción de seleccionar la cantidad de REGISTROS que desee listar.



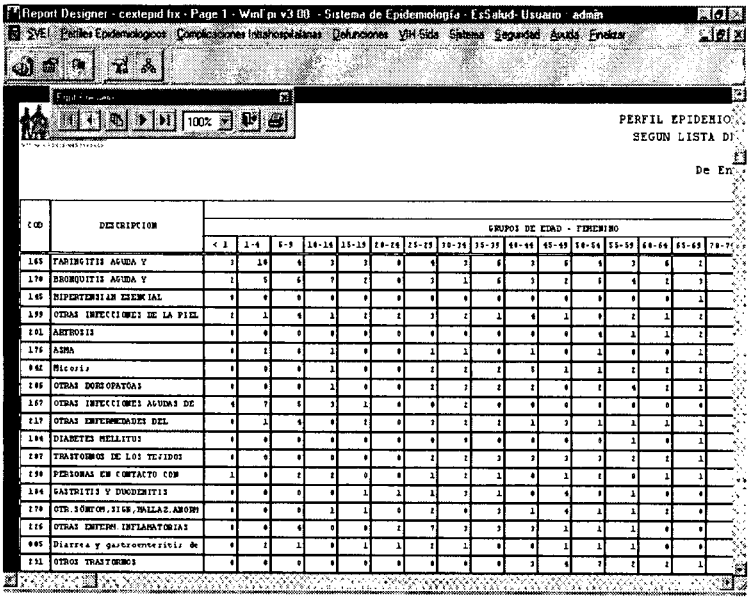
II. GENERACION DE REPORTE

Al presionar el botón GENERAR, se estará emitiendo el reporte del perfil epidemiológico según el servicio seleccionando (consulta externa, hospitalización o emergencia)



Dr. R. Espinoza A.
JEFE

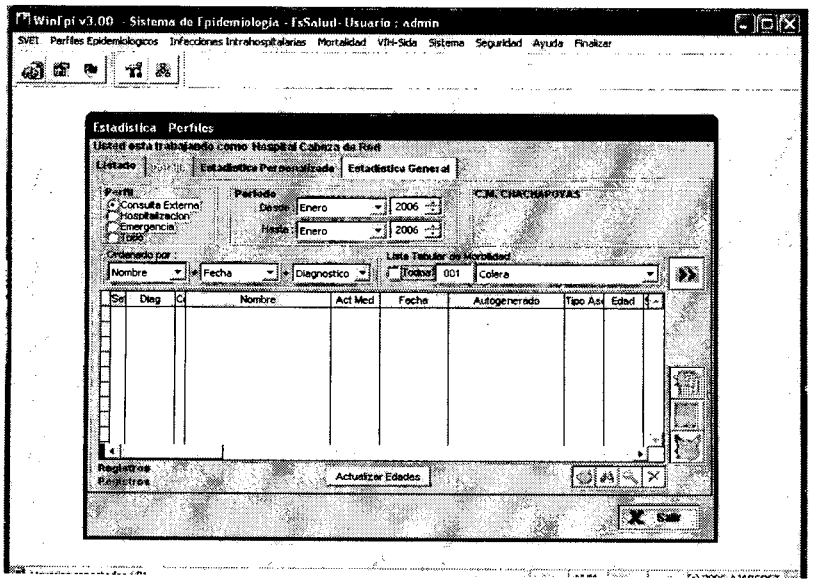
al presionar la LUPA vera el reporte en archivo de texto, para ver el reporte completo deberá tener configurada una impresora de carro ancho FX1170, a si no la tenga físicamente conectada la impresora.



es recomendable exportar el reporte a EXCEL para poder visualizarlo completamente en la pantalla, debido a lo extenso del formato.

III. COMO DEPURAR LA INFORMACION DE PERFILES EN LA PANTALLA LISTADO

Una vez que halla GENERADO la información ya sea de consulta externa, hospitalización o emergencia, y después de haber realizado la verificación del reporte, entrar a la pestaña o a la opción LISTADO, donde se visualizará la siguiente ventana:





En esta ventana se encuentran habilitadas todas las variables, las mismas que podrán ser restringidas de acuerdo al tipo de reporte que se requiera.

Seleccionar el PERFIL consulta externa, hospitalización o emergencia, se recomienda seleccionar la opción TODO, para facilitar la depuración de la información en caso de haber ingresado mas de una vez con el mismo diagnóstico en los diferentes servicios.

Luego seleccione el PERIODO que va a depurar, este deberá ser siempre desde el primer mes, es decir, desde enero hasta la última fecha de la importación de la data. Ej. si estamos en mayo, el rango para la depuración deberá ser desde el mes de enero a mayo para identificar si un mismo paciente con el mismo diagnóstico ingresó en los meses anteriores.

Los perfiles epidemiológicos utilizan la codificación de la Lista Tabular de Morbilidad de la CIE-10 (grupo 001 hasta 298). Para facilitar la búsqueda digitar el número de la lista tabular y luego presionar el signo  se visualizará el listado de los diagnósticos por CIE10 que conforman el grupo de la lista tabular de morbilidad que ha seleccionado.

En la parte inferior derecha de la pantalla se encuentran 4 botones que ayudaran a realizar la depuración:

 VERIFICAR DUPLICADOS, este icono ayudará a ubicar los registros duplicados, marcando automáticamente en rojo los registros que se estén duplicados.

 ELIMINAR DUPLICADOS, con este botón podrá eliminar todos los registros repetidos (marcados en rojo), quedando como registro válido la primera fecha de ingreso con diagnóstico definitivo.

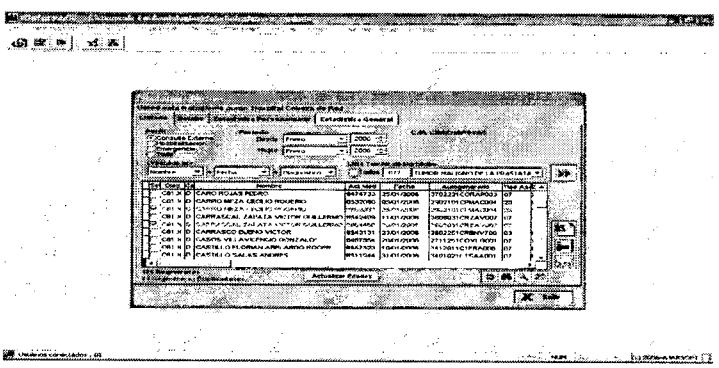
 ELIMINAR REGISTRO, este botón sirve para eliminar los registro inconsistentes.

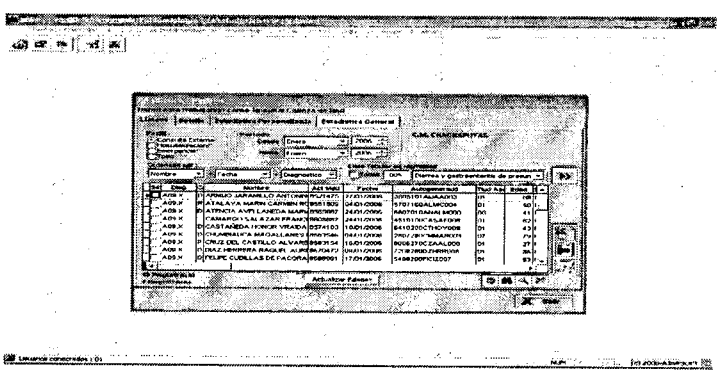
 UBICAR DUPLICADO, este botón sirve para ubicar a los registros duplicados uno por uno.

Al lado derecho encontrará los siguientes botones:

 GRABAR REPORTE A EXCEL, con este botón podrán exportar el listado de sus registros a Excel, podrán ver que el listado que aparece es el grupo desagregado por CIE10 de la lista de morbilidad que haya seleccionado.

En el siguiente cuadro se ha seleccionado el grupo 077 de la lista tabular de morbilidad "Tumor maligno de próstata".



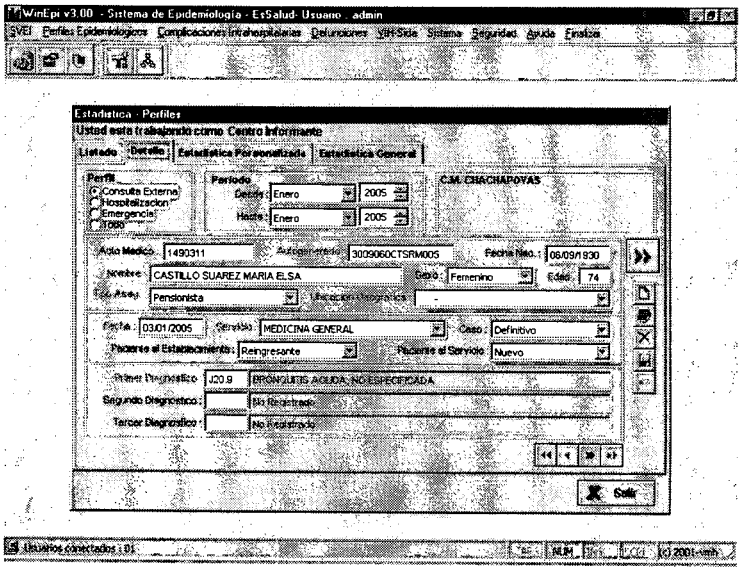


También podrá observar un botón de ACTUALIZAR EDADES, si ha tenido congelada su información este botón le permitirá actualizar la edad del paciente.

IV. COMO DEPURAR LA INFORMACION DE PERFILES EN LA PANTALLA DETALLES

Si encuentra un registro que tenga que ser modificado, por ejemplo cambiar el sexo, la edad o el diagnóstico, seleccione el registro con un clic en la opción LISTADO y pase a la siguiente ventana DETALLES, se visualizará toda la ficha con los datos del paciente.

Para realizar las modificaciones en el registro, utilice los botones que aparecen al lado derecho que se describen a continuación:



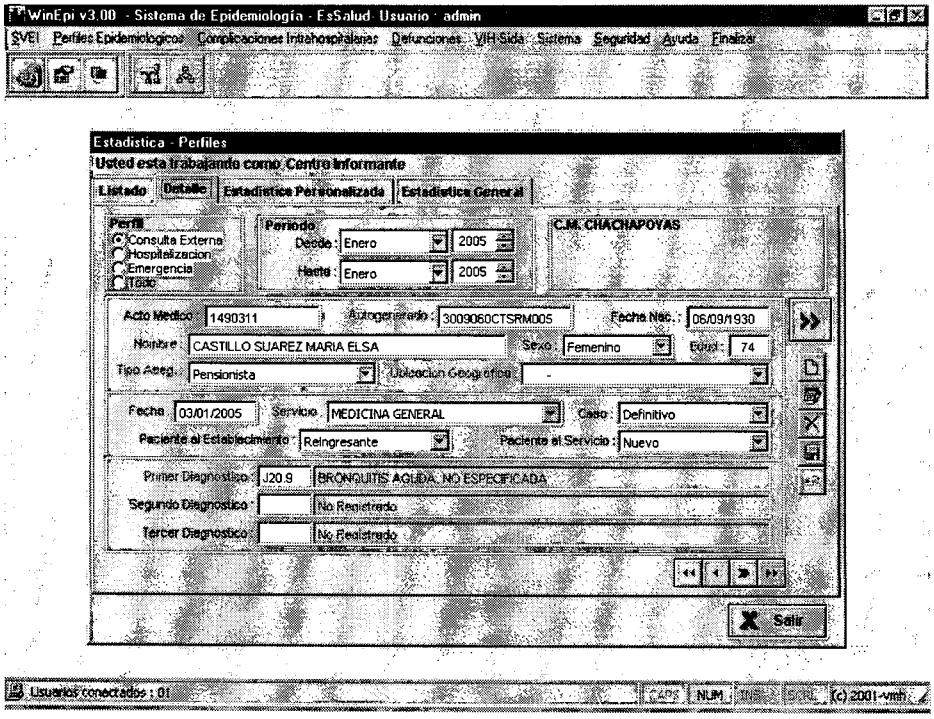
AGREGAR, sirve para incluir un nuevo registro en caso que el Sistema de Gestión Hospitalaria no lo hubiese importado. Al presionar este botón se activaran los campos para el ingreso del nuevo registro, quedando activados los botones de grabar y cancelar.

EDITAR, permite modificar los datos del registro seleccionado.

ELIMINAR, como su propio nombre lo indica es para eliminar algún registro, si fuese el caso.

GRABAR, sirve para aceptar algún cambio que se halla realizado con el registro.

CANCELAR, deshace cualquier modificación o cambio que haya realizado y regresa al inicio.

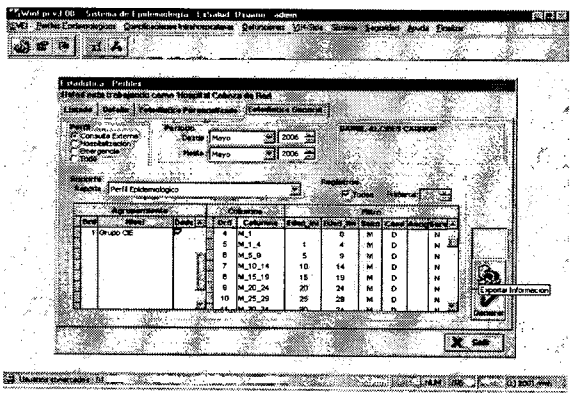


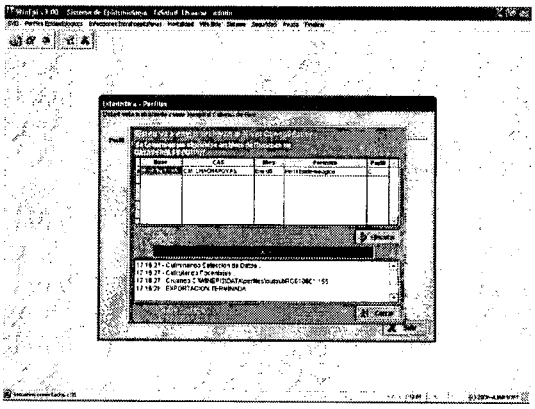


Sirve para retroceder o avanzar al siguiente registro.

V. COMO EXPORTAR LA INFORMACION AL CENTRO BASE

Las figuras siguientes muestran el proceso de exportación, aparecen todos los archivos que ha generado y que ya han sido depurados, luego presionar el botón EJECUTAR y empezará a crearse y copiarse los archivos a enviar. Automáticamente, direcciona la ruta donde se grabaran dichos archivos, desde donde serán enviados vía correo electrónico. Los archivos de perfiles epidemiológicos empiezan con la letra R, y se graban en C:\winepi3\data\perfiles\output





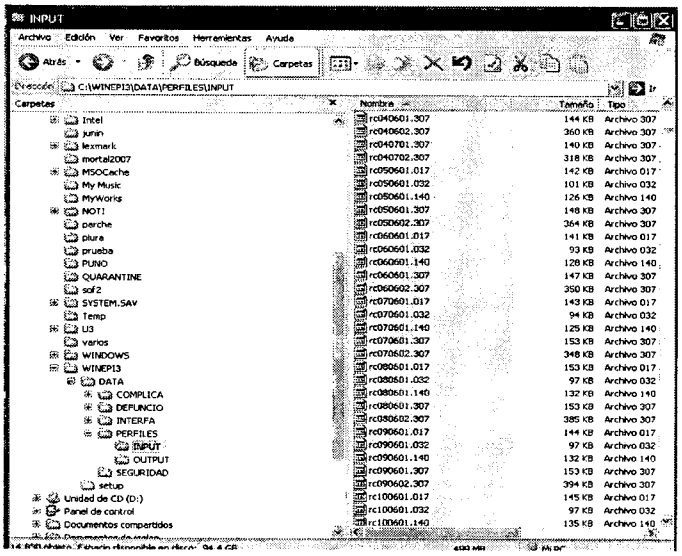
VI. COMO RECIBIR INFORMACION DE LOS CENTROS DE LA RED ASISTENCIAL

Si usted pertenece a un Hospital Cabeza de Red, y desea recibir información de los centros asistenciales que conforman su red, deberá seguir el siguiente procedimiento:

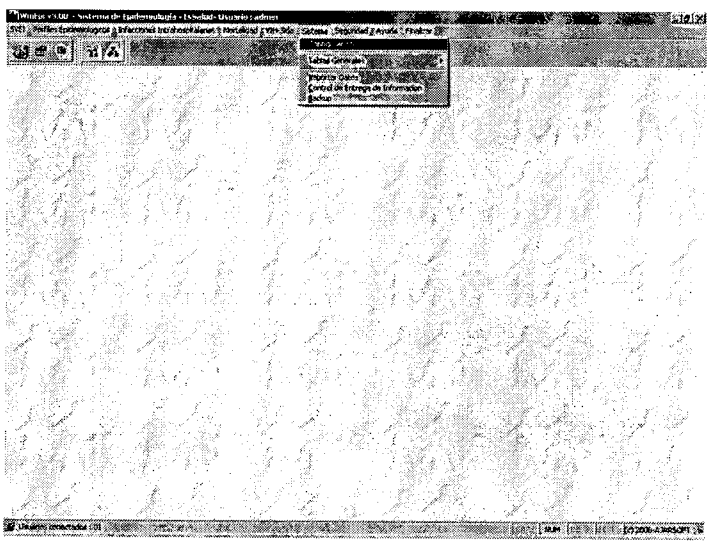
Los archivos le llegaran vía correo electrónico, usted deberá copiarlos en la siguiente ruta:
C:\WINEPI3\DATA\PERFILES\INPUT

Los archivos tendrán la siguiente estructura (mas adelante se explica detalladamente la estructura de los archivos)

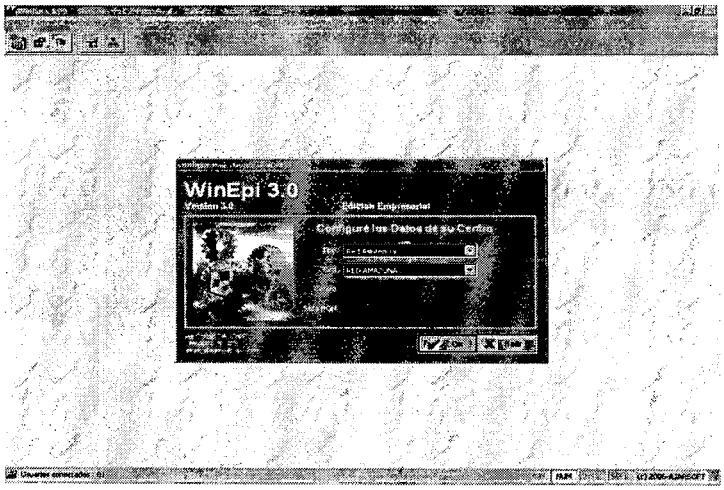
RC010701.039, RH020701.039, RE030701.039



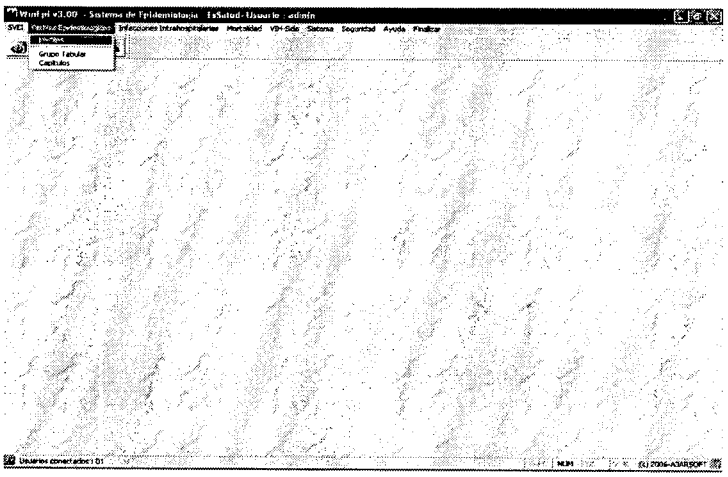
Luego tendrá que configurar su WinEpi3 de la siguiente forma: ir al menú seleccionar SISTEMAS →CONFIGURACION, y aparecerá la siguiente pantalla.



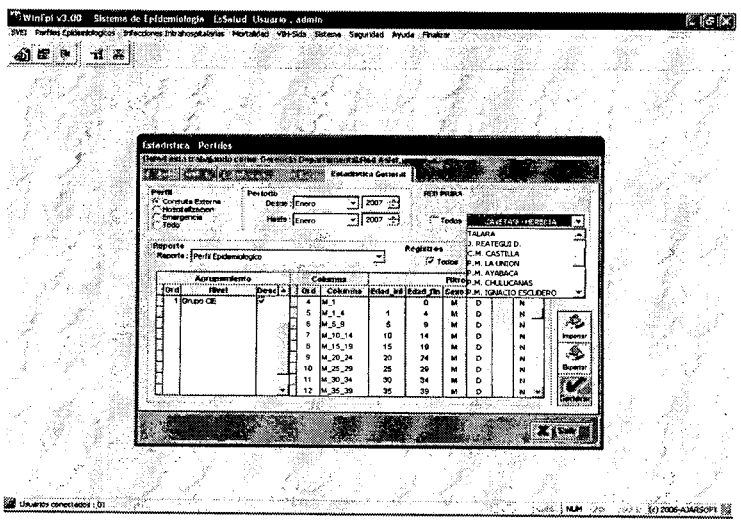
En TIPO seleccionar la opción RED ASISTENCIAL, solo se activará la RED a la cual pertenece, luego presionar el botón OK.



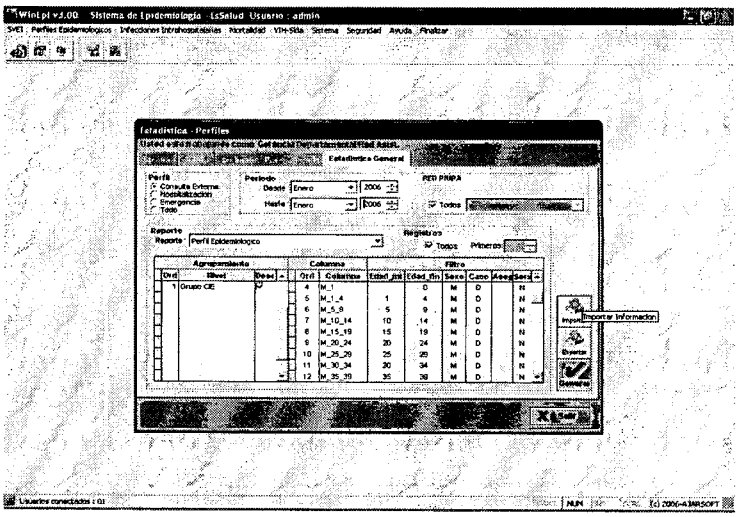
Ir al menú Perfiles Epidemiológicos a la opción PERFILES



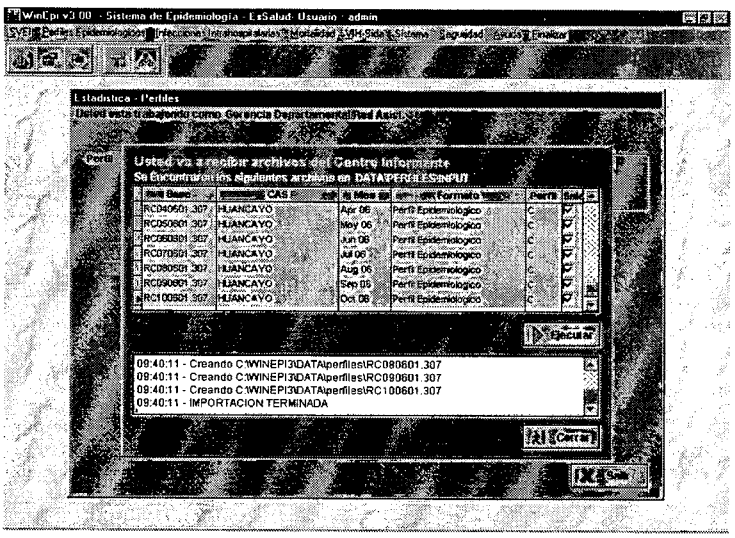
Ingresará a la ventana principal del Sistema de Vigilancia de Perfiles Epidemiológicos, en el podrá seleccionar los centros de su Red o si lo prefiere marque con un check en TODOS y recibirá los archivos enviados por todos los establecimientos de su Red.



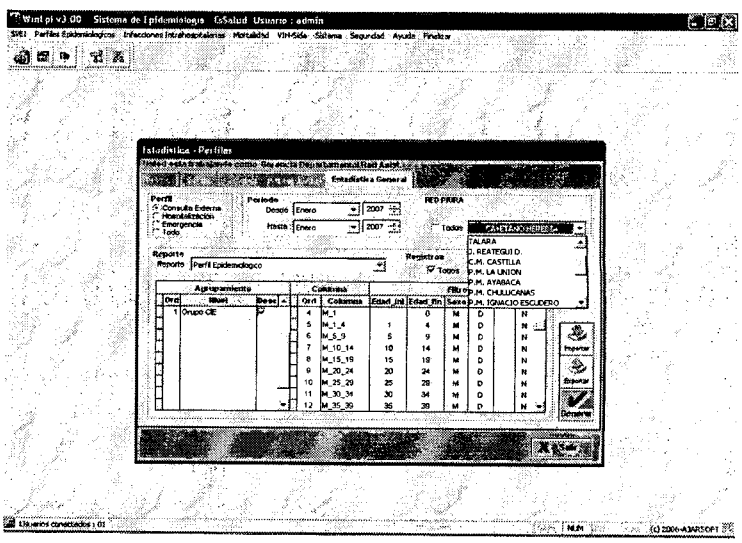
Presione el botón IMPORTAR, previamente debe haber copiado los archivos enviados por los centros asistenciales de su Red a: C:\winepi3\data\perfiles\input.



Aparecerá otra ventana donde les mostrará los archivos que ha recepcionado de cada centro asistencial. Presione el botón EJECUTAR, para recibir los archivos, con este procedimiento recién podrá ver la información de los centros de su Red.



Una vez que ha recepcionado la información de su red, en esta ventana podrá seleccionar el centro asistencial del que desea ver la información. Para visualizar el consolidado marque con un check en TODOS y obtendrá el consolidado de su Red, de igual forma se procederá a remitir los archivos al nivel central previa revisión y aprobación.



NOTA: Se les recuerda que solo cada centro podrá ver sus propios registros detallados, los cabeza de Red y el Nivel Central solo podrán ver consolidados.

VII. ESTRUCTURA DE LOS ARCHIVOS DE PERFILES EPIDEMIOLOGICOS

Archivos de los reportes de Perfiles Epidemiológicos

RC010701.039
RH020701.039
RE030701.039

R = reporte de perfiles
C = consulta externa
H = hospitalización
E = emergencia
01, 02, 03 = numero del mes (enero, febrero, marzo ...)
07 = año
01 = CODIGO DE PERFIL EPIDEMIOLOGICO
039 = código del centro asistencial

Archivos de los reportes de Perfiles de Demanda

RC010702.039
RH020702.039
RE030702.039

R = reporte de perfiles
C = consulta externa
H = hospitalización
E = emergencia
01, 03, 03 = número del mes (enero, febrero, marzo...)
07 = año
02 = CODIGO DE PERFIL DE DEMANDA
039 = código del centro asistencial

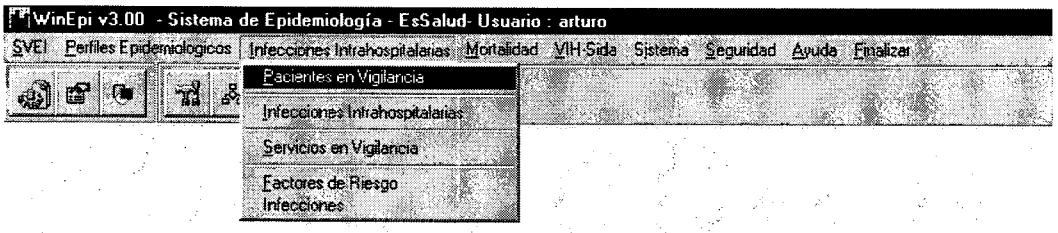
Manual de Usuario – WinEpi v 3.0

Módulo
Sub Sistema de Vigilancia de Complicaciones Intrahospitalarias

Módulo del Sub Sistema de Infecciones Intrahospitalarias

Solo para Centros Informantes

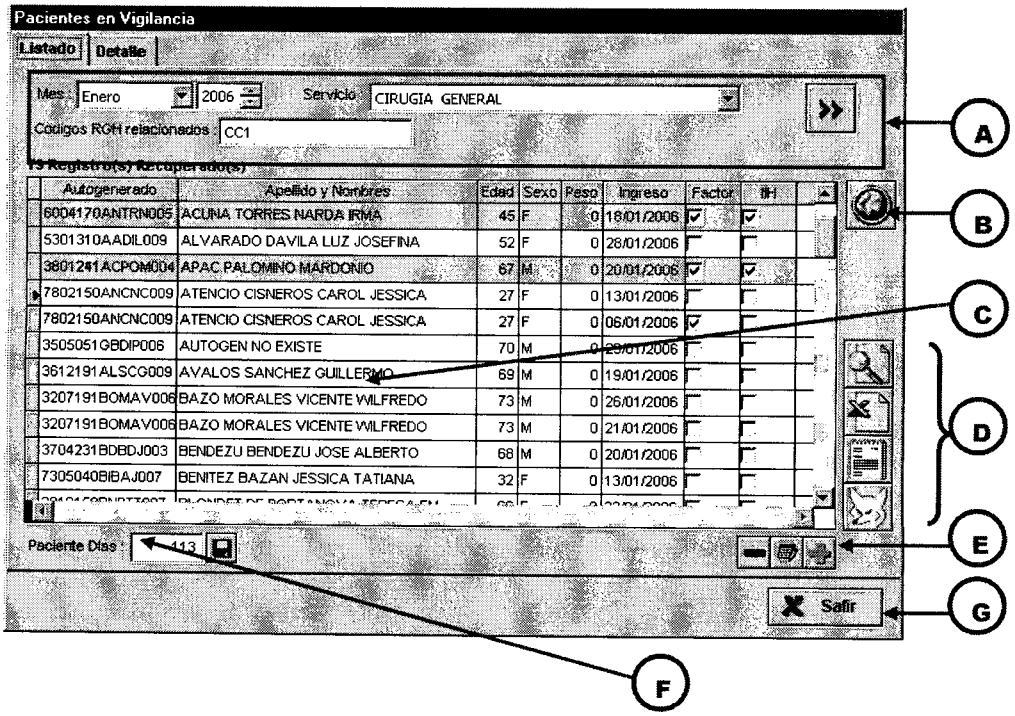
Ingresar al menú principal del WinEpi 3, elegir la opción "Infecciones Intrahospitalarias". Muestra cuatro (4) opciones:



I. PACIENTES EN VIGILANCIA

Esta opción presenta la siguiente ventana, la cual está dividida en 2 páginas:

1.1 Página Listado



A. **Área de Parámetros:** Define el Mes, el Año y el Servicio de los datos para el proceso. Hacer clic al botón. [»]

B. **Botón para Importar Datos:** El sistema cargará los datos que encuentre desde Gestión Hospitalaria según los códigos indicados en <**Códigos RGH relacionados**> en el **área de parámetros**.

C. **Área de Datos**: Muestra los datos cargados según los parámetros especificados, los registros en amarillo son los pacientes con factor de riesgo, los registros en rojo son los pacientes que además del factor de riesgo presentan infección intrahospitalaria.

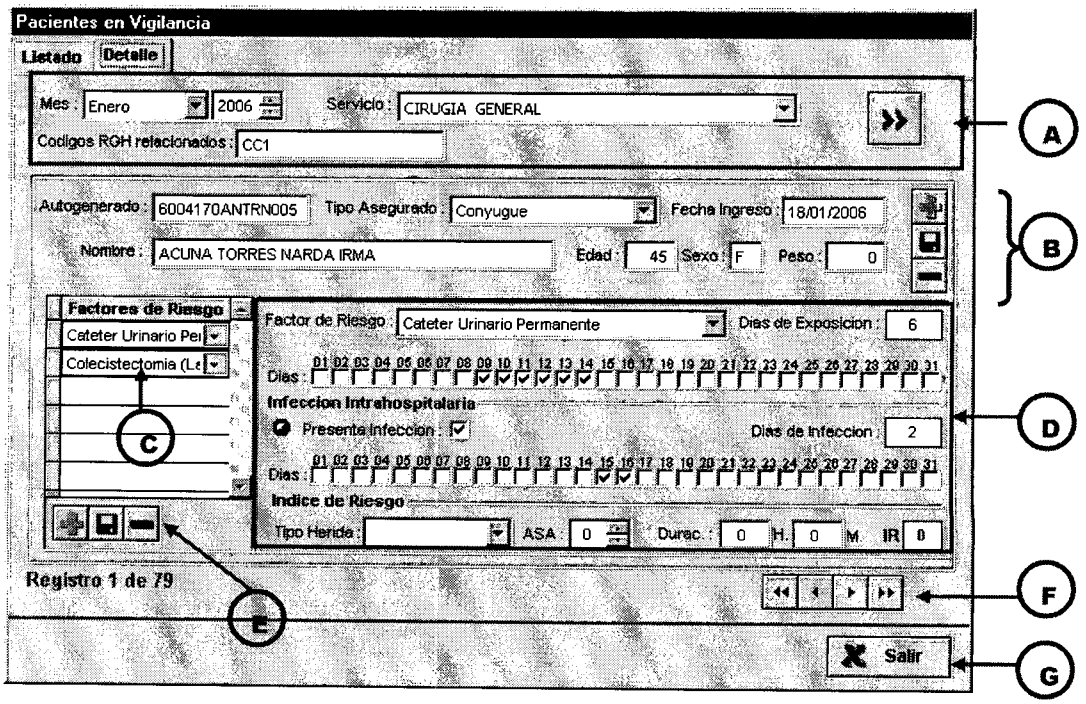
D. **Botones de Reporte:** Permiten extraer la información en diferentes formatos.
- Visualizar el reporte en pantalla para su posterior impresión.
- Grabar el reporte en formato Excel.
- Grabar el reporte en formato Texto.
- Grabar el reporte en formato FoxPro para MSDOS.

E. **Botones de Mantenimiento:** Permite manipular la información.
- Eliminar el registro
- Modificar el Registro
- Agregar un registro

F. **Paciente Días:** Este dato le permitirá al software calcular la Razón de Uso de Dispositivo (RUD), es un dato único para cada servicio en vigilancia, es el total de estancias de los pacientes en ese servicio, al usar el **Botón para Importar Datos** el software lo calcula automáticamente, este dato puede ser modificado en cualquier momento y se graba con [💾]

G. **Botón Salir**: Permite cerrar de la ventana.

1.2 Página Detalle



A. **Área de Parámetros:** Define el Mes, el Año y el Servicio de los datos a procesar. Hacer clic al botón. 

B. **Botones de Mantenimiento**:
   -  Eliminar el Paciente
   -  Grabar los datos que se hayan modificado del paciente
   -  Agregar un nuevo paciente

C. **Factores de Riesgo:** Muestra los factores de riesgo registrados para el paciente, haciendo clic en cada uno se muestra los datos del mismo en el **área de detalle del factor**.

D. **Área de Detalle de Factor:** Permite registrar y/o corregir la información del factor de riesgo, los días de uso se calculan automáticamente según se vayan activando/desactivando los días correspondientes, los días de infección se calculan automáticamente según se vayan activando/desactivando los días correspondientes, el índice de riesgo (IR) se calcula automáticamente según se ingresen los datos necesarios.

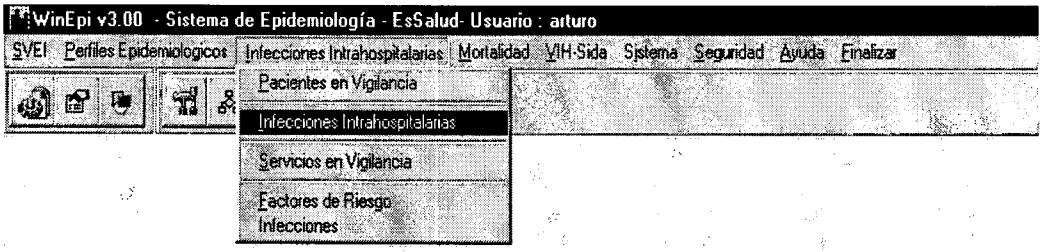
E. **Botones de Mantenimiento del Factor** :
   -  Eliminar el Factor de Riesgo
   -  Grabar los datos que se hayan modificado del Factor de Riesgo
   - Agregar un Nuevo Factor de Riesgo

F. **Botones de Desplazamiento**:
   -  Desplazarse al primer registro
   -  Desplazarse al registro anterior
   - Desplazarse al registro siguiente
   -  Desplazarse al último registro

G. **Botón Salir:** Permite cerrar de la ventana.

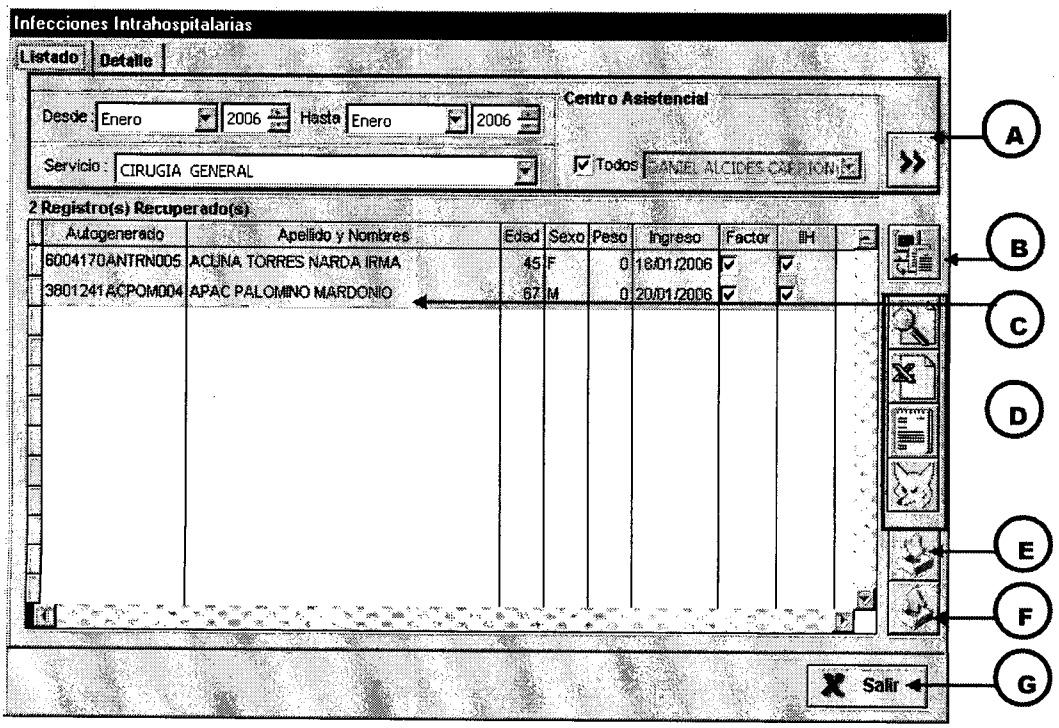


II. INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS



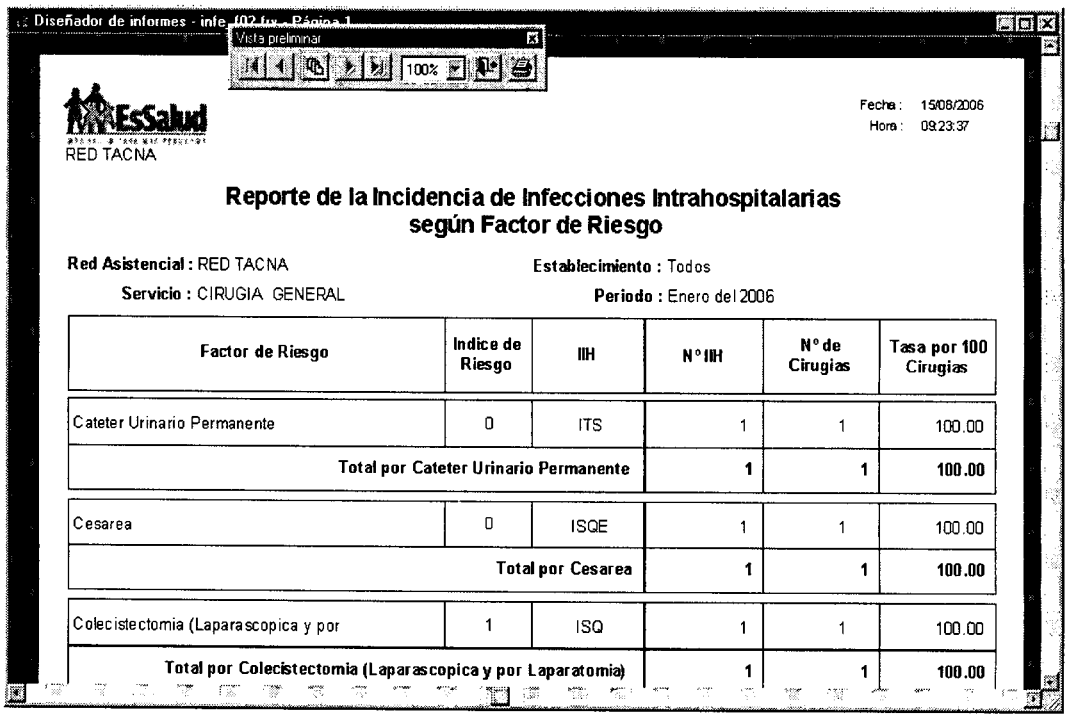
Esta opción permite trabajar con las infecciones ya registradas en la opción anterior, completar la información sobre la infección (datos de la infección y microbiología), ver los respectivos reportes, exportar e importar información. Al ingresar a esta opción el sistema le presentara la siguiente ventana, la cual está dividida en 2 páginas:

2. 1 Página Listado



A. Área de Parámetros: Definir el Mes y Año de inicio, el Mes y Año final, el Servicio y el CAS (SOLO PARA CENTROS CONSOLIDADORES) de los datos a procesar. Cargar los datos con el botón »

B. Botón de Formato: Permite ver / imprimir el formato de incidencia de infecciones de acuerdo al servicio respectivo.

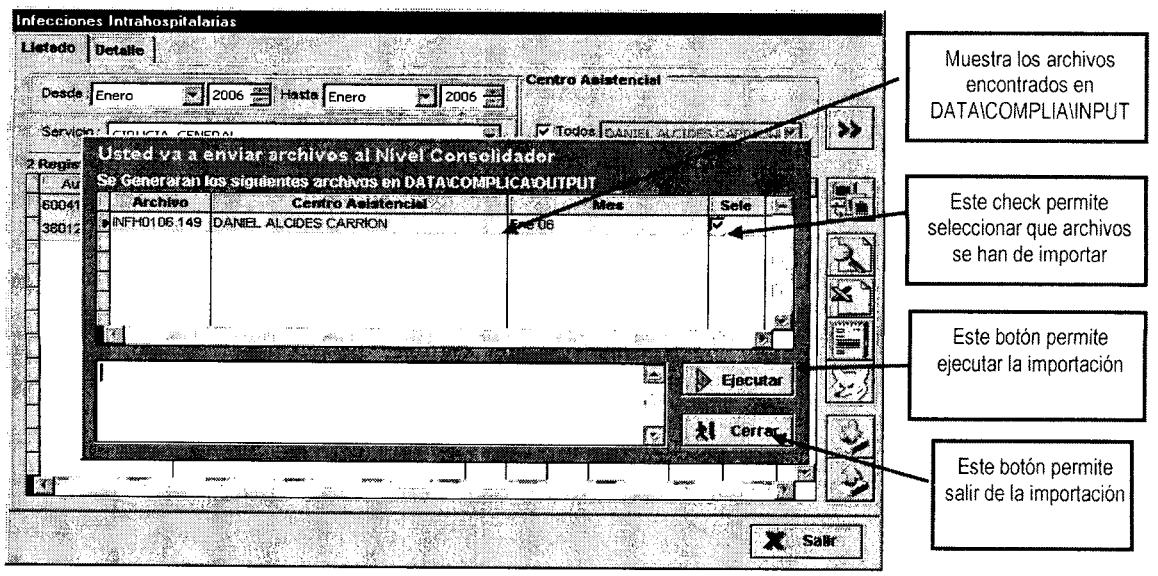


C. Área de Datos: Muestra los datos cargados según los parámetros especificados, los registros mostrados corresponden a los casos con infección intrahospitalaria.

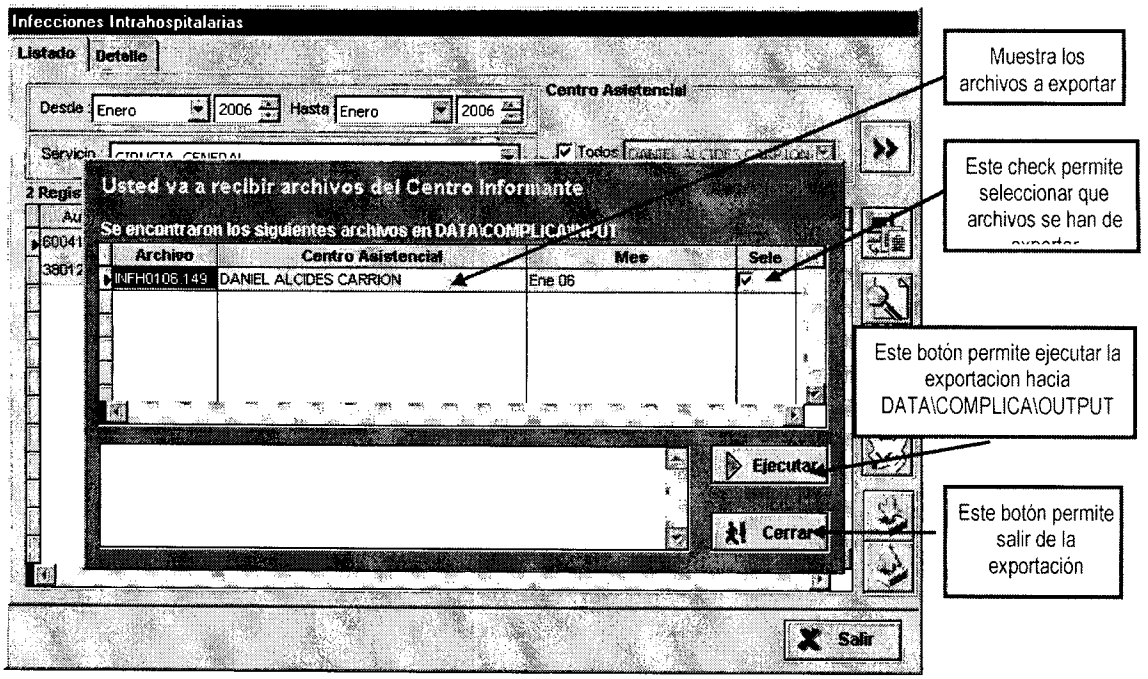
D. Botones de Reporte: Permiten extraer la información en diferentes formatos

- Visualizar el reporte en pantalla para su posterior impresión.
- Grabar el reporte en formato Excel.
- Grabar el reporte en formato Texto.
- Grabar el reporte en formato FoxPro para MSDOS

E. Botón para Importar Información: Permite recibir información del centro informante, los datos a importar se seleccionarán según lo especificado en el **Área de Parámetros.**



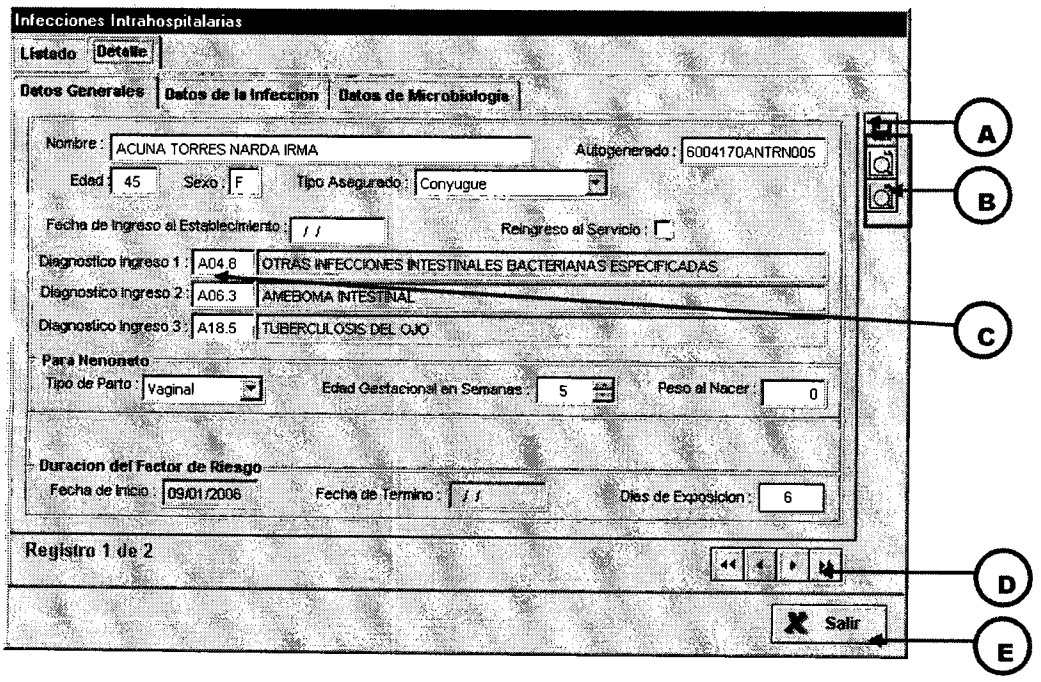
F. Botón para Exportar Información: Permite enviar información al centro consolidador, los datos a importar se seleccionarán según lo especificado en el **Área de Parámetros.**



G. Botón Salir: Permite cerrar de la ventana.

2.2 Página Detalle

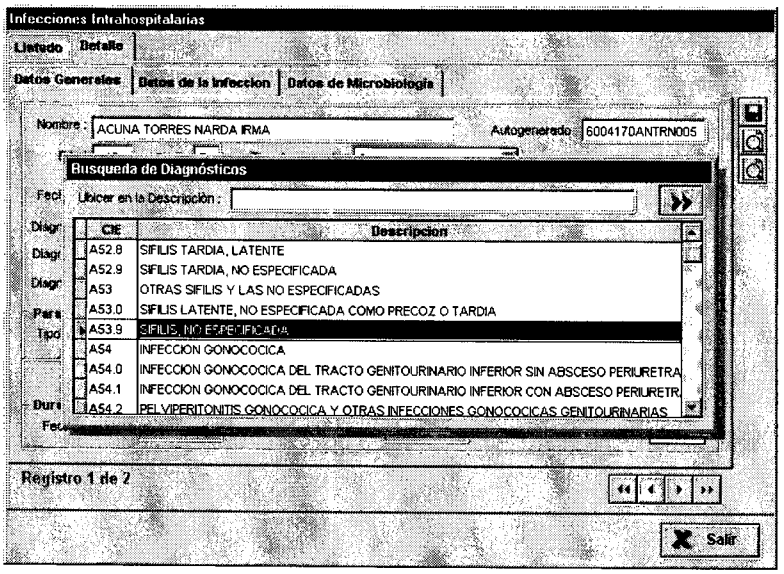
2.2.1 Datos Generales: Permite trabajar con los datos del PACIENTE, completar los datos faltantes.



A. **Botón Grabar:** Permite grabar todos los cambios que se ejecuten.

B. **Botones para Ficha de Notificación**:
Permite ver / imprimir el anverso de la ficha
Permite ver / imprimir el reverso de la ficha

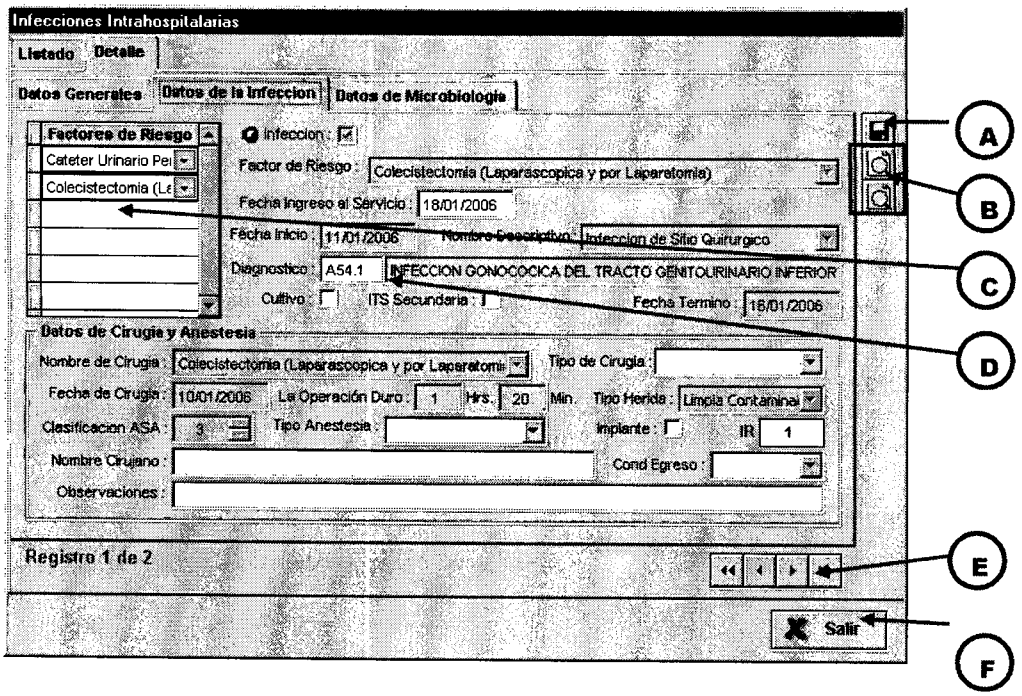
C. **Área de Datos:** Para mostrar un buscador de CIE presionar ENTER con el campo en blanco.



D. **Botones de Desplazamiento:** Permiten desplazarse de registro en registro.
Permite desplazarse al primer registro
Permite desplazarse al registro anterior
Permite desplazarse al registro siguiente
Permite desplazarse al último registro

E. **Botón Salir:** Permite cerrar de la ventana.

2.2.2 Datos de Infección: Permite trabajar con los datos del FACTOR DE RIESGO y la IFECCION ASOCIADA, completar los datos faltantes.

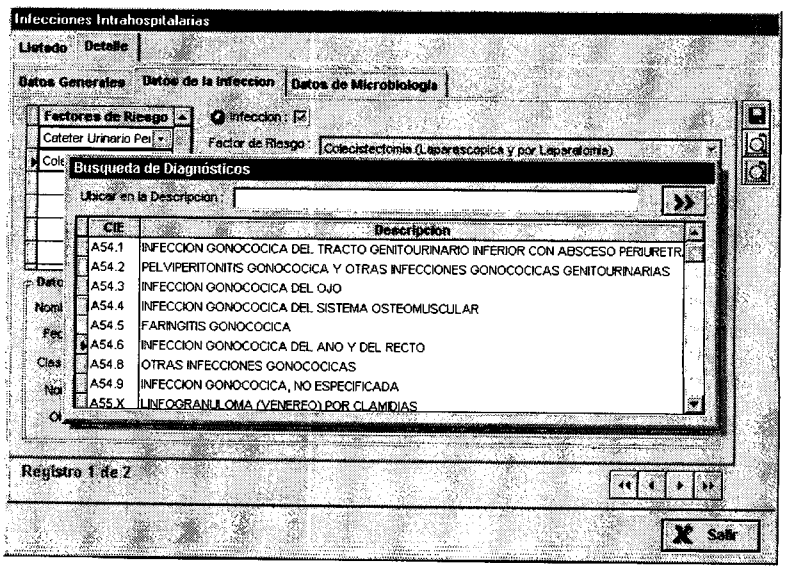


A. **Botón Grabar:** Permite grabar todos los cambios que se hagan.

B. **Botones para Ficha de Notificación:**
   Permite ver/imprimir el anverso de la ficha
   Permite ver/imprimir el reverso de la ficha

C. **Factores de Riesgo:** Muestra los factores de riesgo registrados para el paciente.

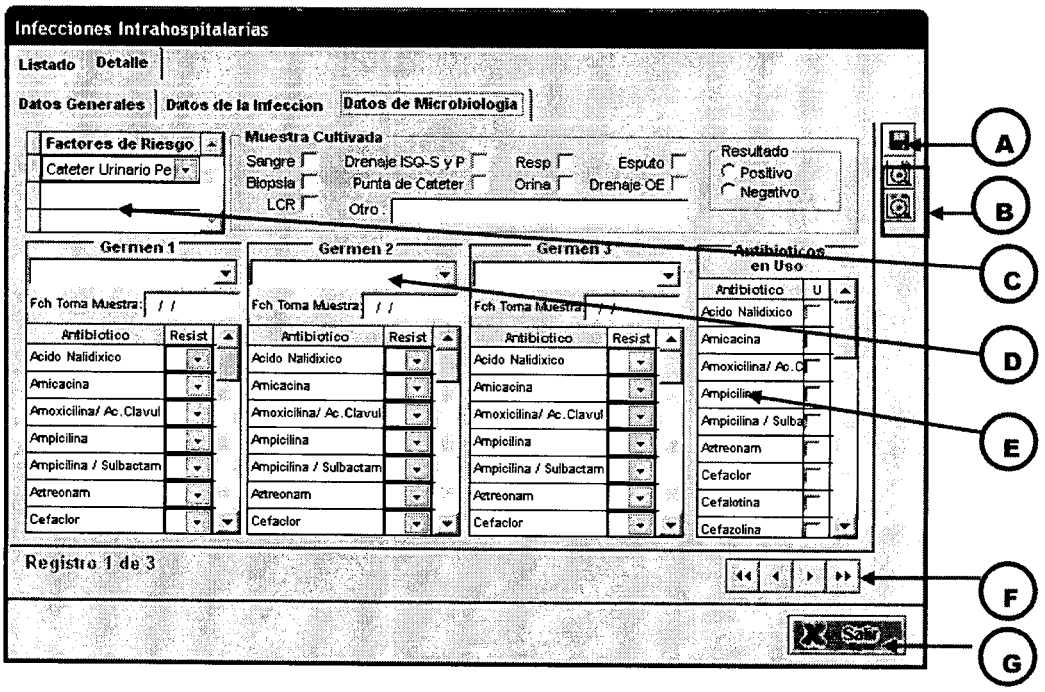
D. **Área de Datos:** Para mostrar un buscador de CIE presionar ENTER con el campo en blanco.



E. **Botones de Desplazamiento**:
- Permite desplazarse al primer registro
- Permite desplazarse al registro anterior
- Permite desplazarse al registro siguiente
- Permite desplazarse al último registro

F. **Botón Salir:** Permite cerrar de la ventana.

2.2.3 Datos de Microbiología: Permite trabajar con los datos del MICROBIOLOGIA y ANTIBIOTICOS registrados para la INFECCION, completar datos.



A. **Botón Grabar:** Permite grabar todos los cambios que se ejecuten.

B. **Botones para Ficha de Notificación:**
- Permite ver / imprimir el anverso de la ficha
- Permite ver / imprimir el reverso de la ficha

C. **Factores de Riesgo:** Muestra los factores de riesgo registrados para el paciente.

D. **Datos de Gérmenes:** Permite registrar hasta 3 gérmenes para cada infección registrada, seleccionar el nombre del gérmen, registrar la fecha de toma de muestra y registrar los resultados (I,R,S) para los antibióticos correspondientes.

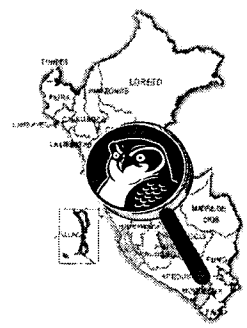
E. **Datos de Antibióticos:** Permite indicar los antibióticos en uso para la infección registrada, poner un check al antibiótico correspondiente.

F. **Botones de Desplazamiento:**
- Permite desplazarse al primer registro
- Permite desplazarse al registro anterior
- Permite desplazarse al registro siguiente
- Permite desplazarse al último registro

G. **Botón Salir:** Permite cerrar de la ventana.

Gerencia de Central de Prestaciones de Salud
Oficina de Planeamiento y Calidad
Oficina de Planeamiento e Inteligencia Sanitaria

Sistema de Vigilancia en Salud Pública e Inteligencia Sanitaria



Módulos :

- Sub Sistema de Vigilancia de Prioridades Sanitarias y de Enfermedades de Notificación Obligatoria
- Sub Sistema de Vigilancia de Perfiles Epidemiológicos de los Servicios de Salud.
- Sub Sistema de Vigilancia de Mortalidad
- Sub Sistema de Vigilancia de Complicaciones Intrahospitalarias.

Noviembre, 2008

SUB SISTEMA DE VIGILANCIA DE PRIORIDADES SANITARIAS Y ENFERMEDADES DE NOTIFICACION OBLIGATORIA

EsSalud
MAS SALUD PARA MAS PERUANOS

Gerencia Central de Prestaciones de Salud
Oficina de Planeamiento y Calidad

Oficina de Planeamiento e Inteligencia Sanitaria

Herramienta para una mejor gestión

Diciembre, 2008

OFICINA DE PLANEAMIENTO E INTELIGENCIA SANITARIA - OPRAGCPS-ESSALUD
Visto
Dr. Espinoza A.
JEFE

SUB SISTEMA DE VIGILANCIA DE PRIORIDADES SANITARIAS Y ENFERMEDADES DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA

DEFINICION

Sub Sistema orientado a la vigilancia de problemas de salud considerados como prioritarias para la institución por el impacto que ejercen sobre la población asegurada, y aquellos que por su importancia son motivo de vigilancia obligatoria internacional.

FINALIDAD

Normar la recolección, notificación, análisis de los daños y problemas prioritarios de salud a nivel institucional, a fin de describir la tendencia de la morbilidad especifica según patologías de notificación obligatoria, así como describir el comportamiento de los problemas sanitarios prioritarios a nivel institucional

OBJETIVOS

1. Normar la vigilancia epidemiológica de las prioridades sanitarias institucionales y las enfermedades de notificación obligatoria a nivel nacional
2. Identificar oportunamente brotes y contingencias sanitarias a nivel nacional.
3. Generar información epidemiológica oportuna sobre la situación de las enfermedades transmisibles y no transmisibles a nivel institucional.



BASE LEGAL

1. Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 927-PE-ESSALUD-2003 del 12 de Noviembre del 2003. Aprueba la estructura Orgánica y el Reglamento de Organización y funciones del Seguro Social de Salud.

2. Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 258-PE-ESSALUD-2003 del 19 de Mayo del 2003. Pone en vigencia la Estructura Orgánica y el Reglamento de Organización y Funciones de la Gerencia de División de Prestaciones.

3. Acuerdo de Consejo Directivo N° 033-3-EsSalud-2003 del 02 de Abril del 03. Aprueba el Plan Estratégico 2003-2007

4. Resolución de Gerencia de División de Prestaciones N° 013-DGP-EsSalud –2005 del 14 de Febrero del 2005. Aprobar la Directiva N° 001-GDP-EsSAlud-2005. Normas para el Desarrollo de los Productos del Plan Táctico de la Gerencia de División de Prestaciones 2005.

5. Resolución de Gerencia de División de Prestaciones N° 120-GDP-EsSalud, del 12 de Abril del 2004. Aprobar el documento técnico "Modelo Institucional de Vigilancia en Salud Pública e Inteligencia Sanitaria.

6. Resolución de Dirección Ejecutiva N° 1033-DE-IPSS-93, que establece el uso obligatorio de la Clasificación Internacional de Enfermedades en los servicios de salud del IPSS.

7. Resolución de Gerencia General de Salud Nº 001-GCS-IPSS-99, del 13 de Enero de 1999 que norma el Sistema de Vigilancia de Enfermedades de Interés Institucional.

ALCANCE

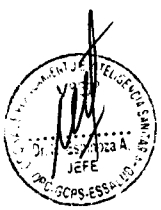
Las disposiciones contenidas en la presente norma, comprende a todas las dependencias y personal de los centros asistenciales del Seguro Social de Salud.

RESPONSABILIDAD

Gerentes Médico y Directores de Redes Asistenciales de EsSalud
Jefes de las Oficinas de Gestión y Desarrollo
Jefes de Coordinaciones de Prestaciones de Redes Asistenciales
Directores de Hospitales de EsSalud
Jefes de Departamento y Servicio
Jefes de Oficinas y/o Unidades de Inteligencia Sanitaria de las Redes de los Centros Asistenciales de EsSalud.

FUENTES DE INFORMACION

Historias clínicas
Parte médico de atención
Base de datos de Red de Gestión Hospitalarias
Libro de registro de emergencia
Fichas de notificación e investigación de casos
Registros de los Módulos de Atención Integral



PROCEDIMIENTOS PARA EL REGISTRO Y ANALISIS DE DATOS

1.1 El Sub Sistema de Vigilancia de Prioridades Sanitarias y Enfermedades de Notificación Obligatoria, se basa en la notificación de casos nuevos, se deberá considerar todos aquellos pacientes que son identificados por primera vez para el daño a tratar que cumplen los criterios de definición de caso y se encuentran del Listado de Enfermedades de Notificación Obligatoria (Anexo A). Así como aquellas que han sido consideradas como prioridades sanitarias a nivel institucional.

1.2 La fuente para la captura de datos es el Sistema de Gestión Hospitalaria (Módulo de Consulta Externa, Hospitalización y Emergencia) de los Centros Asistenciales

1.3 Se utilizará para el procesamiento de los datos el Módulo de Enfermedades de Interés Institucional del Software WinEpi 3.

1.4 En el caso de Centros Asistenciales que no cuenten con el Sistema de Gestión Hospitalaria, el ingreso podrá realizarse en forma manual, desde el parte diario de atención al módulo de Enfermedades de Interés Institucional del Software WinEpi 3.

1.5 Para el caso de las afecciones crónicas que se encuentren consideradas dentro de las Unidades de Prevención se tomará como fuente de información los instrumentos de registro de pacientes.

1.6 El personal de las Oficinas y/ Unidades de Inteligencia Sanitaria, procesará la información según el calendario epidemiológico vigente y realizará el análisis de consistencia de la información generada para lo cual utilizara el reporte del listado individualizado con nombre y apellido (generado por el Software) a fin de dar consistencia al dato en lo relacionado a duplicidad de casos

1.7 La información será presentada según las siguientes tablas :

- Formato A: Ficha de Notificación Semanal: Enfermedades Transmisibles (ANEXO B)
- Formato B: Ficha de Notificación Mensual : Enfermedades no transmisibles. (ANEXO C)

1.8 La frecuencia de los reportes será:

- Semanal, para las enfermedades transmisibles y de notificación obligatoria, los días miércoles de cada semana.

- Mensual, para las enfermedades no transmisibles, los miércoles de cada mes

La notificación se realizará vía correo electrónico, a la Oficina de Planeamiento e Inteligencia Sanitaria de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud

DEFINICIONES DE CASO:

Grupo I: Enfermedades Prevenibles por Vacunación

DIFTERIA (A36.0 - A36.2; A36.9)

Caso Probable

Paciente de cualquier edad con dolor de garganta y presencia de placas adherentes, blanco grisáceas en faringe, amígdalas y/o fosas nasales. Al desprender las placas adheridas a la faringe puede ocurrir discreto sangrado en el fondo de la lesión.

Caso Confirmado

Todo caso probable con uno de los siguientes criterios:

A. Aislamiento de *Corynebacterium diphtheriae* de un espécimen clínico
B. Aumento al cuádruple o más de los anticuerpos séricos (pero solo sí ambas muestras séricas se obtuvieron antes de la administración de toxoide diftérico o antitoxina).
C. Diagnóstico histopatológico de la difteria
D. Por nexo epidemiológico a un caso confirmado por laboratorio.

Las personas asintomáticas con cultivos positivos de C. diphtheriae (es decir, portadores asintomáticos o difteria cutánea) no deben notificarse como casos probables o confirmados de difteria. Enfermedades respiratorias causadas por C. diphtariae no toxicógeno deben ser reportadas como difteria.

PARALISIS FLÁCIDA AGUDA (A80.0-A80.9; G80.0-G83.9; G62.2; G62.9; G61.0; G37.3; A87.0-A87.1; A83.0-A86.X; R29.8)

Caso Probable

Parálisis flácida aguda (PFA) en < de 15 años (caso probable de poliomielitis): Todo caso que presente cuadro clínico con disminución o pérdida de la fuerza muscular (paresia ó parálisis) y del tono muscular (hipotonía ó flacidez) en uno o más miembros, de instalación rápida (3 a 4 días) y sin antecedente traumático.

Caso Confirmado de poliomielitis

1. Por laboratorio: Todo caso de PFA en el cual se aísla poliovirus salvaje de la muestra de heces del paciente exista o no parálisis residual.
2. Por nexo epidemiológico: Todo caso de PFA en el que exista o no parálisis residual que ha tenido contacto 30 días antes con un caso confirmado por laboratorio.

Caso Asociado a la Vacunación

Todo caso de PFA en el cual se aísla el poliovirus vacunal en que se considera entre 4 a 40 días de haber recibido la vacuna o de haber tenido contacto con personas vacunadas en el mismo periodo. Para ser considerado caso debe presentar secuelas neurológicas compatibles con poliomielitis hasta 180 días posteriores al inicio de la parálisis. En el contacto, el vacunado debe haber recibido su inmunización entre 4 a 85 días del inicio de la parálisis.

Caso Compatible

Todo caso de PFA:

A. En el que no pudo obtenerse la muestra adecuada de heces y presenta parálisis residual después de 180 días.
B. Que fallece o se pierde al seguimiento, en los cuales no hay evidencias clínicas y exámenes auxiliares suficientes para descartarlo.

Caso Descartado

Todo caso de PFA:

Con muestra adecuada de heces, con resultado negativo para poliovirus.
Sin muestra adecuada de heces y que al seguimiento de los 180 días no presentan parálisis residual o hay evidencias clínicas y exámenes auxiliares suficientes para descartarlo.

Contacto de caso confirmado de poliomielitis: Toda caso con evidencia de exposición a factores asociados a la transmisión fecal-oral durante o después del contacto con un caso de poliomielitis en el período comprendido 40 días previos y 30 días después a la fecha de inicio del déficit motor en el caso.

De no ser posible identificar las evidencias de exposición, se definirá como contacto a toda persona que ha tenido el nexo epidemiológico con un paciente confirmado de poliomielitis dentro de los 40 días previos y 30 días después a la fecha de inicio del déficit motor en el caso.

SARAMPIÓN Y/O RUBEOLA (B05.0 – B05.9 y B06.0 – B06.9)

Caso Sospechoso de Sarampión

Todo paciente con historia de fiebre y/o exantema máculo-papular (no vesicular) que inicia en la cara y luego se generaliza, de tres o más días de duración; acompañada de tos y/o secreción nasal y/o conjuntivitis.

Caso Sospechoso de Rubéola

Toda persona con historia de fiebre, con adenopatía retroauricular, erupción maculopapular puntiforme difusa de color rosa de inicio en cara y cuello con generalización en 48 horas. Al final del tercer día no hay lesiones en la superficie corporal. No hay descamación y aparece artralgia

En casos sospechosos de sarampión o de rubéola, deberá recolectarse una muestra de suero del paciente cuando este entre en contacto con el trabajador de salud. Esta muestra deberá recolectarse dentro de los 30 días que siguen a la aparición de la erupción cutánea para que pueda considerarse adecuada.

Caso Confirmado de Sarampión y/o Rubéola

Caso Confirmado por laboratorio

Es un caso sospechoso de sarampión o de rubéola que, después de terminada la investigación resulta como:

A. Confirmado como sarampión o rubéola por prueba inmunoenzimática disponible en el comercio (EIA) para detectar la presencia de anticuerpos Ig M específicos contra sarampión o rubéola, y/o
B. Confirmado mediante el aislamiento del virus del sarampión o de la rubéola y/o
C. Nexo epidemiológico con otro caso confirmado por laboratorio (se establecerá el nexo epidemiológico sí ocurrió cualquier contacto entre el caso sospechoso y el caso confirmado por laboratorio en cualquier momento durante el mes anterior a la aparición de la erupción cutánea)
D. Por prueba serológica positiva para anticuerpo Ig G de rubéola (aumento de título de Ac en 4 veces, comparando 2 muestras, la primera se toma en el primer contacto con el paciente – dentro de los 10 días de iniciado los síntomas- y la segunda 15 a 20 días de la primera muestra[i].

Caso Confirmado Clínicamente

Es un caso sospechoso de sarampión o de rubéola, que por cualquier motivo, no se investiga completamente. Esto podría incluir: los pacientes que fallecieron antes de que la investigación estuviese terminada, los pacientes a quienes no se pudo hacer el seguimiento, o los pacientes sin especímenes adecuados presentados para el análisis de laboratorio.

Caso Descartado

Es un caso sospechoso de sarampión o de rubéola que se haya investigado exhaustivamente, incluida la obtención de una muestra sanguínea adecuada, donde no se observaron pruebas serológicas de infección, no se aisló el virus y no tiene ninguna vinculación epidemiológica con un caso confirmado por laboratorio. Si los resultados de laboratorio indican otra infección vírica compatible con los síntomas clínicos, como el dengue, el caso también deberá descartarse.

Caso Importado de Sarampión

Es un caso confirmado de sarampión de una persona que viajó a otro país donde circulaba el virus del sarampión durante el período de posible exposición (7-18 días antes de la aparición de la erupción cutánea) La posibilidad de exposición local se debe descartar mediante una detallada investigación.

Síndrome de Rubéola Congénita (P35.0)

Caso Probable

A. Todo producto del parto cuya madre tiene antecedentes de rubéola (probable o confirmado) o contacto durante la gestación con un caso confirmado de rubéola que presenta, por lo menos uno de los siguientes signos clínicos:
   - Cardiopatía congénita (estenosis pulmonar, ductus arterioso)
   - Retardo del crecimiento intrauterino.
   - Catarata congénita o glaucoma.
   - Microcefalia.
   - Esplenomegalia.
   - Retinopatía pigmentaria.
   - Metáfisis radiolúcidas (patognomónica)
   - Púrpura en el recién nacido
   - Manifestaciones tardías: pérdida de la audición o retardo mental

B. Todo producto del parto que presente, por lo menos, dos de los signos clínicos anteriores o diagnóstico probable de TORCH, independientemente de la historia materna.

Caso Confirmado

Caso probable de rubéola congénita en el que se aisló virus de rubéola (suero, orina o faringe), se identificó Ig M específica en suero de la madre durante la gestación o se confirmó rubéola en el suero del niño, hasta los 12 meses de edad o persistencia de Ig G específica para rubéola más alta que la esperada de la transferencia pasiva de anticuerpos maternos.

TÉTANOS NEONATAL (A33.X)

Caso Probable

A. Todo lactante que haya tenido una enfermedad con las características del tétanos durante el primer mes de vida (y que ha llorado y se ha alimentado normalmente durante los dos primeros días de vida; ó

C. Toda muerte neonatal (muerte dentro de los primeros 28 días) de un niño que succionaba y lloraba normalmente durante las primeras 48 horas de vida y con antecedente de:

- Corte de cordón umbilical sin medidas de asepsia en el recién nacido
- Madre no protegida contra el tétanos durante la gestación.

Caso Confirmado

Todo caso probable de tétanos neonatal que presenta las tres características siguientes:

A. Alimentación y llanto normales durante los dos primeros días de vida;
B. Comienzo de la enfermedad entre el tercero y el vigesimoctavo día de vida; e
C. Incapacidad para succionar (presencia de trismus) seguida de rigidez (rigidez muscular generalizada) o convulsiones (espasmos musculares)

Caso Descartado

Un caso descartado es uno que ha sido investigado y no cumple con la definición de caso. En esas circunstancias, se debe especificar el diagnóstico. Además, se preparará regularmente un resumen de los casos descartados.

El diagnóstico es puramente clínico y no depende del laboratorio y/o confirmación bacteriológica

OTROS TETANOS (A35.X)

Caso Confirmado:

Todo caso que presente cuadro clínico de inicio agudo, con rigidez (hipertonía) y/o contracciones musculares dolorosas, inicialmente de los músculos de la mandíbula y del cuello (trismus) y espasmos musculares generalizados, sin otra causa médica aparente.

TOS FERINA (A37.0)

Caso Probable

A. En niños menores de 3 meses: niño con cuadro clínico inespecífico de infección de vía respiratoria alta, llegando hasta el apnea y cianosis, desencadenados por estímulos (por ejemplo alimentación) con antecedente de contacto con caso probable de tos ferina.
B. En mayores de 3 meses: niño con cuadro caracterizado por tos por más de 2 semanas y con uno o más de los siguientes signos: tos paroxística o "estridor" inspiratorio o vómitos después de la tos.

Caso Confirmado

Caso probable confirmado por laboratorio en el que se aisle Bordetella pertussis y/o con nexo epidemiológico con un caso confirmado por laboratorio

Caso Descartado

Caso probable con resultado negativo de laboratorio y sin nexo epidemiológico con un caso confirmado por laboratorio.

Todo resultado de laboratorio positivo confirma el caso, pero el resultado negativo de laboratorio no lo descarta; por lo que siempre es necesario verificar la no existencia de nexo epidemiológico con un caso confirmado

Definiciones Operativas

Contacto: Cualquier persona expuesta a un caso probable de tos ferina entre una semana antes y tres semanas después del inicio de la tos paroxística.

Brote: Se considera Brote a la presencia de uno o más casos confirmados de tos ferina en un área geográfica determinada.

Niño adecuadamente vacunado: Todo niño que antes de cumplir el primer año de edad recibió tres dosis de vacuna DPT (triple) a partir de los dos meses de edad, con intervalo mínimo de un mes entre una dosis y la siguiente.

Niño inmunizado: Todo niño adecuadamente vacunado que ha desarrollado anticuerpos al antígeno vacunal. Considerar que la eficacia de la DPT es del 80%.

Niño susceptible: Todo niño menor de 05 años que no ha sido adecuadamente vacunado, o que no ha desarrollado anticuerpos al antígeno vacunal (ineficacia de la vacuna DPT es igual al 20%)

Grupo II: Enfermedades Infecciosas Intestinales

FIEBRE TIFOIDEA (A01.0)

Caso Probable

Todo paciente con un síndrome febril inespecífico con más de siete días de evolución, caracterizado por cefalalgia, anorexia, bradicardia relativa, estreñimiento más comúnmente que diarreas (en los adultos) y saneamiento ambiental o hábitos alimentarios de riesgo con o sin resultado de aglutinación positiva.

Caso Confirmado

Todo caso en que se cumpla con los atributos de presuntivo y se aísla Salmonella typhi en hemocultivo, urocultivo, coprocultivo o mielocultivo.

CÓLERA (A00.0 – A00.9)

Caso Probable

Toda persona con cuadro de diarrea aguda acuosa abundante , no maloliente, sin moco ni sangre, amarillo transparente ("Lavado de Arroz"), con o sin vómitos, con o sin deshidratación y sin fiebre.

Caso Confirmado

Caso presuntivo en el que se aisla Vibrio cholerae por coprocultivo.

ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS (A02.0 - A09.X)

Caso Confirmado

Cuadro agudo de diarrea, de diversa etiología que puede acompañarse de trastornos hidroelectrolíticos y del equilibrio ácido-base.

Grupo III: Enfermedades Infecciosas del Aparato Respiratorio

INFECCIÓN DE LAS VÍAS RESP. SUPERIORES (J00.X – J06.9)

Caso Confirmado

Proceso infeccioso agudo de la oronasofaringe y senos paranasales de etiología viral o bacteriana, caracterizado por compromiso del estado general, signos inflamatorios, con o si secreción acompañado de alza térmica de leve a moderada, con antecedente el contacto con un "caso similar" entre 1 a 7 días antes. Se excluyen aquellos procesos debido a hipersensibildad reactiva y/o repetitiva (mayor de 3 episodios en un año)

Por las características de estas entidades nosológicas, debe considerarse siempre como caso definitivo.

INFECCIÓN DE LAS VÍAS RESP. INFERIORES (J20.0 –J22.X)

Caso Confirmado

Proceso infeccioso agudo o sub agudo de las vías respiratorias inferiores debido a un agente viral o bacteriano, con signos clínicos de compromiso inflamatorio bronquial y/o alveolar, acompañado de fiebre, espasmo bronquial, secreción blanquesina o mucopurulenta que genera dificultad respiratoria leve a moderada. Con antecedente inmediato de proceso infeccioso de las vías respiratorias superiores, con confirmación radiológica.

NEUMONÍAS Y BRONCONEUMONÍAS (J12.0 – J18.9)

Caso Probable

Paciente con cuadro clínico infeccioso agudo, caracterizado por fiebre, tos seca que evoluciona a productiva, disnea y dolor torácico de diversos grados, y que al examen clínico respiratorio es compatible con síndrome de consolidación pulmonar.

Caso Confirmado

Caso probable en el que se evidencia en una radiografía de tórax la presencia de una imagen de consolidación pulmonar.

Grupo IV: Síndromes e Infecciones de Transmisión Sexual

Síndrome de Descarga Uretral (R36.X)

Secreción uretral en los hombres, con disuria o sin ella. (Los agentes causales de este síndrome a menudo son *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis;* otros agentes infecciosos que también pueden causar secreción uretral son: *Trichomonas vaginalis*, *Ureaplasma urealyticum* y *Mycoplasma* spp.)

Síndrome de úlcera genital no vesicular (Hombres : N48.5; Mujeres N76.6)

Úlcera en el pene, escroto o recto en los hombres; en las mujeres, úlcera en los labios de la vulva, la vagina o el recto, ambas con adenopatía inguinal o sin ella. (Este síndrome puede ser causado por sífilis, chancroide, linfogranuloma venéreo, granuloma inguinal o casos atípicos de herpes genital.)

Síndrome de úlcera genital vesicular

Vesículas genitales o anales en hombres o mujeres. (Normalmente la causa de este síndrome es la infección por virus del herpes simple.)

SÍFILIS (A51.0 – A53.9)

Caso Probable

Todo varón o mujer con conducta sexual de riesgo, que presente una lesión primaria (chancro) en los genitales en forma de una úlcera indolora e indurada con exudado seroso, con antecedente de contacto sexual sin protección tres semanas antes. Las manifestaciones secundarias más frecuente son erupción maculopapular simétrica que abarca las palmas de las manos y las plantas de los pies y su linfadenopatías acompañantes.

Caso Confirmado

Todo caso que cumpla con los atributos de probable y que en la serológica de VDRL o Reagina Rápida de Plasma (RPR) o FTA-ABs o el estudio de la lesión en campo oscuro sea positivo.

SIFILIS CONGENITA (A50.0- A50.9)

Caso Probable

1. Recién nacido de madre con sífilis que no recibió tratamiento durante el embarazo o cuyo tratamiento no fue adecuado, al margen de los signos presentes en el niño.

2. Recién nacido o niño con reacción a prueba de treponema y uno o más de los siguientes factores: evidencia de sífilis congénita durante el examen físico; radiografía de los huesos largos coherente con sífilis congénita; reacción a prueba de VDRL-LCR, recuento de células o proteínas elevado en el líquido cefalorraquídeo (sin otra causa), prueba de anticuerpos FTA-ABS 19S IgM reactiva, prueba de ELISA reactiva a IGM o Western Blot de treponema reactivo a IgM.

Caso Confirmado

Demostración de *T. pallidum* en microscopio de campo oscuro, anticuerpos fluorescentes u otra tinción específica de especímenes de la lesión, placenta, cordón umbilical o tejido de autopsia.

Definiciones Operacionales

Mortinato: muerte fetal después de 20 semanas de gestación o de un feto de menos de 500 g de peso y de madre que no ha recibido tratamiento o cuya sífilis no se trató correctamente en el parto.

INFECCIÓN GONOCÓCICA (Blenorragia o Gonorrea) (A54.0 – A54.9)

Caso Probable

Incluye:

A. Todo varón que luego de 2 a 15 días de una relación sexual no protegida, presente secreción uretral espontánea con o sin disuria, escalofríos y sensación de alza térmica.
B. Toda mujer que presente secreción vaginal abundante purulenta o presente al examen del especulo, secreción purulenta del cérvix, 2 a 15 días después de relación sexual con varón no protegido o promiscuo.
C. Toda persona que presente secreción purulenta por región anal, abundante con sensación de pujo y tenesmo rectal, luego de una relación sexual génito-anal sin protección.
D. Toda persona que después de practicar sexo oral sin protección, presente en los siguientes 2 a 10 días, disfagia, sensación de alza térmica y placas purulentas en los pilares anteriores y posteriores de la orofaringe, sin sangrado al retirar las placas purulentas.

Caso Confirmado

A. Presencia de diplococos Gram Negativos intraleucocitario en secreción uretral, hisopado faríngeo, cervical o rectal.
B. Cultivo positivo de Neisseria gonorreae en el medio de Tayer-Martin.

OTRAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL POR CLAMIDIAS (A56.0 - A56.8)

Infección genital del hombre y/o mujer por transmisión sexual, que puede ser sintomática o no. Cuando es sintomática , se caracteriza por uretritis en los varones y vulvovaginitis en las mujeres.

Caso Probable

A. Varón que presenta secreción uretral mucopurulenta generalmente escasa, prurito y disuria, 7 a 14 días después de relaciones sexuales no protegidas.
B. Mujer que presenta secreción endocervical mucopurulenta mayormente con edema, eritema y hemorragia endocervical luego de 7 a 14 días de haber tenido relaciones sexuales no protegida.
C. Toda persona que presente proctitis después de relaciones sexuales anales cuyo cuadro clínico no remite a pesar del tratamiento antigonocócico

En los casos presuntivos se debe descartar la presencia de gonococo.

Caso Confirmado

A. Presencia de Chlamydia Trachomatis en frotis de secreción uretral, vaginal o rectal
B. Cultivo positivo de Chlamydia Trachomatis .
C. Inmunoflorescencia positiva para Chlamydia Trachomatis

Con frecuencia se encuentra asociada a gonorrea, en cuyo caso se reporta como infección gonocócica.

TRICOMONIASIS (A59.0 – A59.9)

Enfermedad de transmisión sexual que afecta a ambos sexos causada por Trichonoma Vaginalis, caracterizada por vaginitis , uretritis o cistitis, frecuentemente asintomática.

Caso Probable

A. Mujer que luego de relaciones sexuales sin protección, presenta vaginitis a menudo con pequeñas petequias, lesiones hemorrágicas puntiformes de "color de fresa" y una secreción profusa, acuosa, espumosa y verde amarillenta de olor fétido.
B. Hombre que presente signos clínicos o subclinicos de prostatitis, uretritis o seminitis, luego de relación sexual sin protección, con pareja que presenta las característica de Tricomoniasis .

Caso Confirmado

A. Identificación del protozoario Trichomona Vaginalis, en fortis de secreción uretral, cervical o vaginal
B. Cultivo positivo de Trichomona Vaginalis

La infección suele coexistir con gonorrea, en cuyo caso se reporta como infección gonocócica.

Grupo V: Enfermedades Trasmitidas por Vectores

BARTONELOSIS (A44.0-A44.9)

Caso Probable

Paciente con síndrome febril, anemia hemolítica procedente de zona endémica , erupción cutánea puede ser miliar, con aparición de nódulos pequeños extensamente diseminados , similares a hemangiomas o nodular , con lesiones más escasas, pero de mayor tamaño, y profundas, más notables en las superficies extensoras de los miembros

Caso Confirmado

Todo caso en que se cumpla con los atributos de presuntivo, en el que se aisla Bartonella bacilliformis en frotis de cortes de lesiones cutáneas con coloración de Giemsa o Wright o por hemocultivo, en medios especiales.

DENGUE CLÁSICO (A90.X)

Caso probable de dengue clásico

Todo caso con antecedente reciente de fiebre de 2 a 7 días de duración y dos o más de los siguientes síntomas:

A. Dolor de cabeza
B. Dolor retroocular
C. Dolor de cuerpo (Mialgias)
D. Dolor de articulaciones (artralgias)
E. Rash

Puede presentarse manifestaciones hemorrágicas.

Caso Confirmado de Dengue Clásico

Todo caso probable de dengue clásico con cualquiera de lo siguiente:

A. Aislamiento del virus del dengue de suero.
B. Demostración de un cambio en el título de anticuerpos Ig G ó Ig M en 4 veces ó más en muestras de suero pareadas.
C. Detección del secuenciamiento genético viral por reacción en cadena de la polimerasa (PCR) en muestras de suero u otros.
D. Demostración del antígeno de virus dengue en tejidos de necropsia por inmunohistoquímica o inmunofluorescencia o en suero por EIA.
E. Ó por nexo epidemiológico.

V°B° Dr. R. Esquivel A. JEFE

DENGUE HEMORRAGICO (A91.X)

Caso Probable de Dengue Hemorrágico

Todo caso que presente 4 de los siguientes criterios:

A. Fiebre
B. Presencia de manifestaciones hemorrágicas, con uno o más de lo siguiente:
   - Prueba de lazo positiva (≥20 petequias en una pulgada cuadrada y/o ≥ 3 petequias en 1 centímetro cuadrado)
   - Petequias
   - Equimosis o púrpura
   - Hemorragias espontáneas a nivel:
     (i) mucosas
     (ii) zonas de venopunción
     (iii) genitourinario
     (iv) tracto gastrointestinal

C. Trombocitopenia: recuento de plaquetas ≤ a 100,000 mm^3
D. Extravasación del plasma por aumento de la permeabilidad capilar, manifestado por al menos uno de los siguientes criterios y/o parámetros:
   - Hto ≥ 20% del basal; según edad, y procedencia.
   - Descenso del 20 % ó más del Hto post tratamiento.
   - Signos asociados a la extravasación del plasma:
     A. Derrame pleural
     B. Ascitis
     C. Hipoproteinemia.

Caso de Síndrome de Choque del dengue

Todo caso con los cuatro criterios anteriores, más
evidencia de colapso circulatorio, que se manifiesta por todos los síntomas siguientes:

A. Pulso rápido y débil
B. Presión arterial diferencial disminuida (20 mmHg o menos) o hipotensión.
C. Piel fría y húmeda y
D. Alteración del estado mental.

Caso Confirmado de Dengue Hemorrágico

Todo caso probable de dengue hemorrágico con resultados de laboratorios positivos (similares al dengue clásico)

LEISHMANIASIS (B55.0 – B55.9)

Caso Probable

Toda caso con cuadro clínico caracterizado por una o múltiples lesiones cutáneas que se inician en forma de nódulos pruriginosos o no con progresión a lesiones ulcerativas o ulcerocostrosas, poco profundas, de aspecto redondeado, no dolorosas, de bordes bien definidos y signos inflamatorios, con tiempo de evolución no menor de 4 semanas y falta de respuesta al tratamiento convencional, con antecedente de procedencia o residencia en zonas endémicas de leishmaniasis.

Caso Confirmado

Todo caso probable que sometido a examen parasitológico, inmunológico, histopatológico o cultivo demuestra positividad a infección por Leishmania.

FIEBRE AMARILLA (A95.0 -A95.9)

Caso Probable

Todo caso con cuadro clínico de fiebre de inicio agudo seguido por ictericia dentro de las 2 semanas de iniciado los primeros síntomas. Pueden presentar manifestaciones hemorrágicas o signos de insuficiencia renal.

Considerar el antecedente residente o procedente de zonas endémicas de fiebre amarilla selvática (Junín, Huánuco, Ayacucho, Puno, Pasco, Cusco, Madre de Dios, Ucayali, San Martin, Loreto)

Caso Confirmado

Todo caso probable confirmado por lo siguiente:

A. Aislamiento del virus de la fiebre amarilla ó
B. Presencia de Ig M específicos para fiebre amarilla ó un aumento en 4 veces o más los niveles de Ig G en muestras de suero pareadas (agudo y convaleciente) ó
C. Muestra histopatológica de hígado positiva a fiebre amarilla (post-mortem)
D. Detección del secuenciamiento genético del virus de la fiebre amarilla en sangre u órganos por PCR.
E. y/o nexo epidemiológico a caso confirmado o brote.

MALARIA POR P. falciparum (B50.0 –B50.9)*

Caso Probable

Toda persona con fiebre, escalofríos, cefalea y malestar general, que puede ir al compromiso de conciencia, insuficiencia renal y hepática hasta el coma, con antecedente de procedencia o residencia en un área de riesgo de transmisión de Malaria (Costa norte y Selva).

Caso Confirmado

Todo caso probable con el hallazgo de la forma asexuada (trofozoito o anillo) de P. falciparum en una muestra de sangre para examen en gota gruesa y frotis.

* Incluye al Paludismo mixto: P. Falciparum con cualquier otra especie.

MALARIA POR P. Vivax (B51.0 –B51.9)

Caso Probable

Toda persona con fiebre, escalofríos, cefalea y malestar general, con antecedente de procedencia o residencia en un área de riesgo de transmisión de Malaria (Costa norte y Selva).

Caso Confirmado

Todo caso probable con el hallazgo de la forma asexuada (trofozoito o anillo) de P. vivax en una muestra de sangre para examen en gota gruesa y/o frotis.

TIFUS EXANTEMÁTICO (A75.0)

Caso Probable

Es todo caso que presente síntomas generales como cefalea, escalofrío, postración, fiebre y dolor generalizado y que en el quinto día aparece una erupción macular violácea que comienza en la parte superior del tronco y luego se disemina a todo el cuerpo, respetando cara, palma de las manos y planta de los pies. Puede haber presencia de piojos y proceder de áreas endémicas: Cusco, Apurímac, Ayacucho, Puno, Arequipa.

Caso Confirmado

Todo paciente que cumple con los atributos de presuntivo y se confirme la presencia de la Rickettsia prowazekii mediante hemocultivo o prueba de Weil – Felix positiva, fijación de complemento, IFA o ELISA.

CHAGAS (B57)

Caso Probable

Paciente con enfermedad febril aguda, malestar general , linfadenopatia y hepatomegalia después de 5 –15 días de picadura por Chinche y que proceda de la zona endemica de Chagas, y que frecuentemente presente en el sitio de la picadura reacción inflamatoria (chagoma) que puede permanecer hasta 8 semanas

Caso Confirmado

Todo paciente que cumple los atributos de presuntivo y al que se le aisla el Trepanosoma cruzi en muestra de sangre por estudio directo o después de hemoconcentración o cultivo.

Grupo VI: Zoonosis

PESTE (A20.0 – A20.9)

Caso Probable de Peste:

Todo caso con cuadro febril (39-40°C), de inicio súbito, con dolor en zona ganglionar y/o linfoadenopatía regional con antecedente epidemiológico de residencia o procedencia de área endémica de peste.

Caso Probable de Peste Neumónica:

Todo caso con cuadro febril (39-40°C), de inicio brusco con tos, expectoración hemoptóica, dificultad respiratoria, de evolución rápida y progresiva, con antecedente epidemiológico de residencia o procedencia de área endémica de peste.

Caso Confirmado

Todo caso probable con:

A. Aislamiento de *Yersinia pestis* de un espécimen clínico, o
B. Cuadruplicación o un cambio grande de los títulos serológicos de anticuerpos para la fracción-1 (F-1) del antígeno *Yersinia pestis.*

Contacto

Todo caso que ha permanecido en la misma casa del enfermo un periodo de 7 días antes y 14 días después de la fecha de inicio de la enfermedad del primer y último caso de esa vivienda. También debe considerarse como contacto a toda persona que hubiera asistido al velatorio de un difunto pestoso o atendido el caso.

RABIA HUMANA (A82.0 – A82.9)

Caso Probable

Todo caso que presenta síndrome neurológico agudo (encefalitis) dominado por formas de hiperactividad seguido de síndromes paralíticos que progresa hacia el coma y la muerte, generalmente por insuficiencia respiratoria entre 4 y 7 días después de la aparición del primer síntoma si no se administra un tratamiento intensivo. Puede existir o no el antecedente de mordedura o contacto con un animal presuntamente rabioso.

Caso Confirmado

Todo caso probable que es confirmado por:

A. Detección del virus rábico por inmunofluorescencia directa (IFD) en tejido cerebral (obtenido post mortem)
B. Detección del virus rábico por IFD en biopsia cutánea o frotis corneal (obtenido ante mortem)
C. Detección de virus rábico por FA en cerebros de ratones adultos o lactantes y en cultivo celular, después de la inoculación de tejido cerebral, saliva o líquido cefalorraquídeo (LCR)
D. Detección de anticuerpos neutralizantes del virus rábico en el LCR de una persona no vacunada.
E. Identificación de antígenos víricos por reacción en cadena de polimerasa (RCP) en tejido fijo obtenido post mortem o en un espécimen clínico (tejido cerebral o cutáneo, córnea o saliva)

El período de incubación puede variar desde días hasta años, pero generalmente es de 30 a 90 días.

BRUCELOSIS (A23.0 – A23.9)

Caso Probable

Paciente con cuadro de comienzo agudo o insidioso, caracterizado por fiebre ondulante, de duración variable, transpiración profusa en particular durante la noche, anorexia, fatiga, perdida de peso, artralgia que en ocasiones puede presentar complicaciones osteoarticular y/o orquiepididimitis y que se recoja el antecedente de ser un trabajador pecuario o tener hábitos alimentarios de consumo de derivados de productos lácteos sin pasteurizar y procedentes de zonas endémicas.

Caso Confirmado

Paciente que cumpla con los atributos de presuntivo y se confirme mediante aislamiento de la Brucella en hemocultivo o mielocultivo específico; o ELISA (IgA, IgM, IgG), prueba de 2 mercaptoetanol.

Grupo VII: Otras Enfermedades Infecciosas

HEPATITIS VIRAL AGUDA TIPO A (B15.0 –B15.9)

Caso Confirmado

Paciente de cualquier edad con fiebre de inicio discreto, malestar general, anorexia, náusea, molestias abdominales, orina oscura e ictericia, con sensibilidad en el hipocondrio derecho (en niños en su mayoría asintomáticas y leves) o niveles de transaminasas elevados y al que se le detecta anticuerpo IgM (ELISA) contra el virus de la hepatitis A.

HEPATITIS VIRAL AGUDA TIPO B (B16.0 – B16.9)

Caso Definitivo

Paciente de cualquier edad con fiebre de inicio discreto e ictericia, orina oscura, malestar general, fatiga, sensibilidad en el hipocondrio derecho , niveles de transaminasas elevadas, con o sin antecedentes de exposición sanguínea (promiscuidad sexual, tecnólogos de laboratorio, cirujanos, dentista, transfusión sanguínea, etc.)Con confirmación por laboratorio de los antigenos y anticuerpos para la hepatitis B o con histopatología compatible.

HEPATITIS VIRAL TIPO C (B17.1)

Caso Confirmado

Paciente de cualquier edad de inicio insidioso, con anorexia , molestias abdominales vagas, náusea y vómito, que evoluciona hacia la ictericia con menor frecuencia que en la hepatitis B. Se transmite por vía parenteral y con antecedentes de factores de riesgo como son : donantes de sangre, hemofílicos, drogadictos parenterales, pacientes hemodializados, y al que se le detecta anticuerpo de la hepatitis C

OTRAS HEPATITIS VIRALES AGUDAS (B17.0; B17.2 –B17.8)

Caso Probable

Paciente de cualquier edad con fiebre de inicio discreto, malestar general, anorexia, náusea, molestias abdominales, orina oscura e ictericia, con sensibilidad en el hipocondrio derecho (en niños en su mayoría asintomáticas y leves) o niveles de transaminasas elevados.

MENINGITIS MENINGOCÓCICA (A39.0)

Caso Probable

Todo caso con aparición súbita de fiebre (>38,5 °C rectal o >38,0 °C axilar) y uno o más de los siguientes síntomas y signos:

1. rigidez del cuello.
2. alteración de la conciencia.
3. otro signo meníngeo o erupción cutánea petequial o purpúrica.

En los menores de 1 año de edad se sospecha meningitis cuando la fiebre está acompañada de abombamiento de la fontanela.

Caso Confirmado

Caso probable con detección de antígenos en el líquido cefalorraquídeo (LCR) o cultivo positivo a Neisseria meningitidis o nexo epidemiológico a un caso confirmado durante una epidemia.

Grupo VIII: Enfermedades no Infecciosas

BRONQUITIS CRÓNICA (J40.0 –J42.X)

Caso Probable

Bronquitis crónica, persona con tos y expectoración crónica y recurrente durante al menos tres meses al año por dos años consecutivos, excluyéndose enfermedades con etiología especifica que acusen igual sintomatología.

Caso Confirmado

El diagnóstico se confirma con resultados de pruebas de función pulmonar: Espirometría, Volúmenes Pulmonares y Test de Difusión.

ASMA (J45.0 – J46.X)

Caso Probable

Paciente con tos, espasmo bronquial y dificultad respiratoria, con exacerbaciones recurrentes característicamente nocturna, a menudo desencadenada por factores exógenos como alergenos, irritantes, ejercicios, enfermedades virales y cambios climáticos.

Caso Confirmado

Es aquel caso presuntivo en que se demuestra una obstrucción reversible de las vías respiratorias con el uso de broncodilatadores, registrándose un incremento del 15 a 20% del volumen espiratorio forzado (VEF) al primer minuto.

DIABETES MELLITUS (E10.0 – E14.9)

Caso Probable

Paciente con poliuria, polidipsia y polifagia, pérdida de peso, astenia y con factores de riesgo asociados, y/o dosaje de glucosa en ayunas mayor de 127 mg/dl, y/o glucosa postprandial a las 2 horas mayor de 140 mg/dl.

Caso Confirmado

Todo caso probable con dosaje de glucosa pre prandial mayor de 140 mg/dl y/o postprandial mayor de 200 mg/dl, encontrados en dos o más tomas.

ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS (I10.X – I15.9)

Caso Probable

Persona en quien se registra adecuadamente presión arterial diastólica >85 mm Hg y/o presión sistólica >130 mm Hg, después de un período de reposo de 5 minutos (sentado) - un sólo registro de Presión Arterial y con factores de riesgo concomitantes.

Caso Confirmado

Persona del caso anterior con valores de presión arterial diastólica >90 mm Hg y/o presión sistólica >140 mm Hg registradas en dos o más tomas con intervalo de una semana, según protocolo de toma de presión arterial.

ENFERMEDAD ISQUEMICA DEL CORAZON (I20.0 – I25.9)

Caso Confirmado

Se incluye a:

a) **Angor-Estable**: Dolor-opresión torácica, relacionada con esfuerzo y/o emociones y calma con el reposo o la administración de nitratos - con prueba de esfuerzo positiva.
b) **Angor Inestable:** Cuadro de angina en reposo, de inicio reciente repetida, que va creciendo. Sin elevación de enzimas (CPK-CPKMB-TGOS-DHL) - con cambios electrocardiográficos de isquemia o lesión pero reversibles.
c) **Infarto de Miocardio:** Dolor torácico prolongado, con cambios electrocardiográficos de tipo lesión (onda Q) y sobre todo con aumento de enzimas (CPK-CPKMB-TGOS-DHL)

ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR AGUDA (I60.0 – I67.9)

Caso Confirmado

Es la lesión neurológica aguda que se produce como resultado de una trombosis, embolia y/o hemorragia cerebral, que se manifiesta por déficit motor, sensitivo, sensorial focalizada. Se complementa el diagnóstico con exámenes auxiliares, estudio anátomopatológico y/o por evolución clínica.

INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA (N18.0 – N18.9)

Caso Confirmado

Paciente en el que se evidencia daño del parénquima renal irreversible de cualquier etiología, disminuyendo la función renal en la depuración de los elementos nitrogenados, se diferencian:

	Depuración de Creatinina
Insuf. Renal Crónica leve	< 70
Insuf. Renal Crónica moderada	< 50
Insuf. Renal Crónica avanzada	< 20
Insuf. Renal Crónica terminal	< 10



Grupo IX: Tumores

CÁNCER DE ESTÓMAGO (C16.0 – C16.9)

Caso Probable

Persona que presenta disfagia, gastritis crónica y/o úlceras gástrica de larga evolución, episodio de hemorragias digestivas altas acompañada de pérdida de peso y/o lesión sospechosa por radiografía

de doble contraste y/o gastroscopía. Puede o no presentar algunos factores de riesgo : Grupo sanguíneo A, antecedentes familiares etc .

Caso Confirmado

Es el paciente a quien se establece el diagnóstico por hallazgo de células cancerosas en el estudio citológico y/o histológico por biopsia y cirugía.

CÁNCER DE MAMA (C50.0 – C50.9)

Caso Probable

Mujer que presenta tumoración generalmente dura, poco móvil de crecimiento progresivo en las mamas y/o adenopatías regionales con imagen sospechosa en mamografía.

Caso Confirmado

Es la paciente a quien se establece el diagnóstico por estudio citológico y/o histológico por biopsia y cirugía.

CÁNCER DE CUELLO UTERINO (C53.0 – C53.9)

Caso Probable

Toda mujer mayor de 30 años de edad con factores de riesgo asociados y que presenta flujo vaginal que puede ser sanguinolento o no, tumoración exofítica sangrante de cuello uterino y/o infiltración de parametrios.

Caso Confirmado

Es la paciente a quien se establece el diagnóstico por papanicolao de cuello uterino positivo a células neoplásicas, o confirmación por biopsia de cuello uterino.

CÁNCER DE PRÓSTATA (C61.X)

Caso Probable

Varón >40 años de edad con signos de prostatismo, nódulo duro palpable en próstata por tacto rectal y/o P.S.A (Prostatic Specific Antigen = Antígeno prostático específico) elevado.

Caso Confirmado

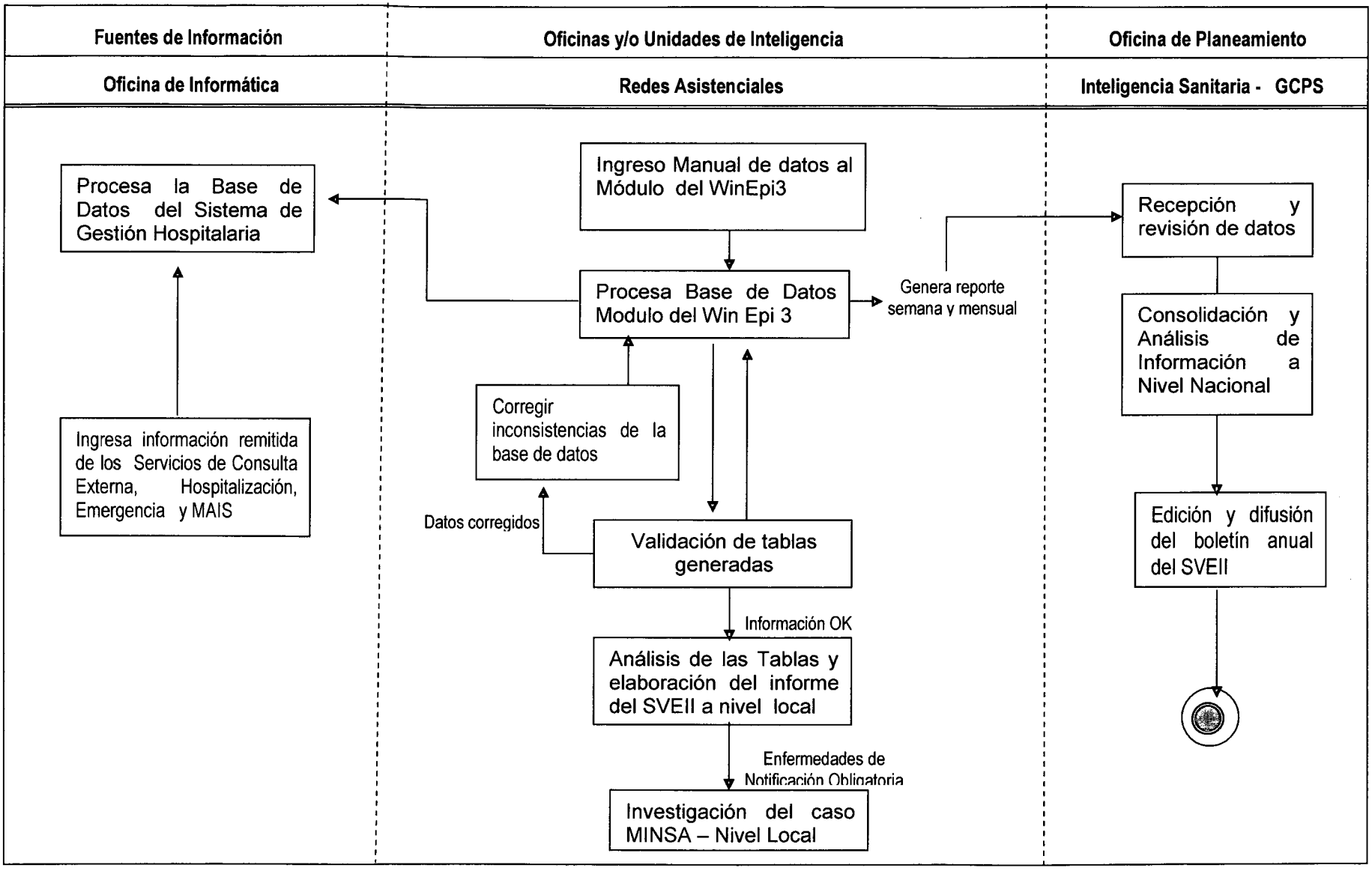
Es el paciente a quien se establece el diagnóstico por cuadro clínico, estudio citológico y/o histológico por biopsia y cirugía.

GRUPO X ACCIDENTES Y LESIONES

DISPOSICIONES FINALES

El incumplimiento de la presente directiva, dará lugar a sanciones contempladas en las normas administrativas vigentes en la institución.

FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN



V°B°
Dr. R. Mendoza A.
JEFE
OFICINA DE PLANEAMIENTO E INTELIGENCIA SANITARIA
OPC - GCPS - ESSALUD

SUB SISTEMA DE VIGILANCIA DE PERFILES EPIDEMIOLÓGICOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD

EsSalud
MAS SALUD PARA MAS PERUANOS
Gerencia Central de Prestaciones de Salud
Oficina de Planeamiento y Calidad

Oficina de Planeamiento e Inteligencia Sanitaria

OFICINA DE PLANEAMIENTO E INTELIGENCIA SANITARIA
V°B°
Dr. C. Espinoza A.
JEFE
GCPS - ESSALUD - PERU

Herramientas para una mejor gestión

Diciembre, 2008

SEGURO SOCIAL DE SALUD

GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD
Dr. Alfredo Barredo Moyano

OFICINA DE PLANEAMIENTO Y CALIDAD
Dr. Tomás Párraga Aliaga

OFICINA DE PLANEAMIENTO E INTELIGENCIA SANITARIA
Dr. Roberto Espinoza Atarama



Equipo Técnico

Mg. Yovanna Maritza Seclén Ubillús
Ing. Agnes Ysela Yari Castañeda
Adm. Jony Rolando Colán Hernández

Apoyo Administrativo
Srta Sandra Wendy Ruiz Sempertegui

SUB SISTEMA DE VIGILANCIA DE PERFILES EPIDEMIOLOGICOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD

INTRODUCCION

El Sub Sistema de Vigilancia de Perfiles Epidemiológicos en EsSalud, es el encargado de normar la notificación, análisis y evaluación del comportamiento de la morbilidad registrada en los Centros Asistenciales de EsSalud a nivel nacional, que permita determinar la tendencia y magnitud de los grupos de daños y lesiones en la población asegurada.

El diseño de este Sub Sistema involucra los servicios intrahospitalarios: consulta externa, hospitalización y Emergencia de cada uno de los Establecimientos que conforman las Redes Asistenciales, utilizando como herramienta informática el módulo "**Perfiles Epidemiológicos**" del Software Win Epi 3, instalado en las Oficina y/o Unidades de Inteligencia Sanitaria a Nivel Nacional, que cuenten con el Sistema Automatizado de Gestión Hospitalaria, permitiendo el uso directo de las bases de datos y obteniendo la salida de reportes en forma detallada y al 100%.

FINALIDAD

Sub Sistema que tiene como finalidad identificar a todos los componentes involucrados en el proceso Salud–Enfermedad de la población asegurada y a los factores que condicionan su presencia, magnitud, tendencia y variaciones en el tiempo, en el espacio y en los grupos de población afectados, a través del análisis epidemiológico, brindando la posibilidad de plantear intervenciones, en las que además de tener posibilidades de resolución, es factible implementar medidas de prevención y control.

OBJETIVOS

1. Normar el proceso de recolección, notificación y análisis de los daños y lesiones relacionados con la morbilidad de la población asegurada en los servicios de consulta externa, hospitalización y emergencia

2. Construir un marco referencial, que permite caracterizar los problemas de salud en la población asegurada.

3. Evaluar el comportamiento de la morbilidad de la población asegurada a través de indicadores convencionales y de resumen.

BASE LEGAL:

1. Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 927-PE-ESSALUD-2003 del 12 de Noviembre del 2003. Aprueba la estructura Orgánica y el Reglamento de Organización y funciones del Seguro Social de Salud.

2. Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 258-PE-ESSALUD-2003 del 19 de Mayo del 2003. Pone en vigencia la Estructura Orgánica y el Reglamento de Organización y Funciones de la Gerencia de División de Prestaciones.

3. Acuerdo de Consejo Directivo N° 033-3-EsSalud-2003 del 02 de Abril del 03. Aprueba el Plan Estratégico 2003-2007

4. Resolución de Gerencia de División de Prestaciones N° 013-DGP-EsSalud –2005 del 14 de Febrero del 2005. Aprobar la Directiva N° 001-GDP-EsSAlud-2005. Normas para el Desarrollo de los PRODUCTOS DEL Plan Táctico de la Gerencia de División de Prestaciones 2005.

5. Resolución de Gerencia de División de Prestaciones N° 120-GDP-EsSalud, del 12 de Abril del 2004. Aprobar el documento técnico "Modelo Institucional de Vigilancia en Salud Pública e Inteligencia Sanitaria.

6. Resolución de Dirección Ejecutiva N° 1033-DE-IPSS-93, que establece el uso obligatorio de la Clasificación Internacional de Enfermedades en los servicios de salud del IPSS.

7. Resolución de Gerencia General N° 069 -GG-EsSalud-2001 del 06 de Marzo del 2001, Aprobarla Directiva N° 002-GG-EsSalud-2001 "Normas para la Atención de Pacientes en los Servicios de Emergencia de EsSalud".

ALCANCE

Las disposiciones contenidas en la presente norma, comprende todas las dependencias y personal de los centros asistenciales del Seguro Social de Salud.

RESPONSABILIDAD

Gerente médico y/o Directores de Redes Asistenciales de EsSalud
Jefes de las Oficinas de Gestión y Desarrollo
Jefes de Coordinación de Prestaciones de las Redes Asistenciales
Directores de Hospitales de EsSalud
Jefes de Departamento y Servicio
Jefes de Oficinas y/o Unidades de Inteligencia Sanitaria de las Redes de los Centros Asistenciales de EsSalud.

FUENTES DE INFORMACION

CONSULTA EXTERNA: Parte diario de atención
HOSPITALIZACION : Parte diario de Egresos del Servicio de Hospitalización
EMERGENCIA : Libro de emergencia, Hoja sucinta
Historias clínicas
Hoja de epicrisis
Base de datos de Red de Gestión Hospitalarias

PROCEDIMIENTOS PARA EL REGISTRO Y ANALISIS DE DATOS

1. El registro involucra los partes diarios de los servicios de consulta externa y hospitalización, así como el libro de emergencia y/o hoja de sucinta en el caso del servicio de emergencia.

2. Se utilizará como instrumento de estandarización la lista de tabulación de la morbilidad definidos en el Tomo I de la Clasificación Internacional de Enfermedades - Décima Revisión (CIE-10), páginas 1155-1165, la que cuenta con 298 causas.

3. Se han establecido nuevos grupos de edad : (<1, 1-4, 5-9, 10-14, 15-19, 20-24, 25-29, 30-34, 35-39, 40-44, 45-49, 50-54, 55-59, 60-64, 65-69, 70-74, 75-79, 80-84, 85-89, 70-74, 75-79, 80-84, 85 +) que servirán como base para realizar los cálculos de carga de enfermedad.

4. Para el servicio de consulta externa se trabajará con las variables: caso definitivo, sexo: femenino / masculino cada uno con sus respectivos grupos de edad, ya establecidos en el punto 3.

5. Para el servicio de hospitalización las variables serán: número de egresos, sexo: femenino / masculino cada uno con sus respectivos grupos de edad.

6. Para el servicio de emergencia se clasificará por Prioridades I, II y III (de acuerdo al Protocolo de Triaje), se utilizará las variables número de atendidos, sexo: femenino / masculino cada uno con sus respectivos grupos de edad.

7. Los reportes se elaborarán de acuerdo al estándar de los formatos establecidos, respetando su forma y contenido (Anexos A, B y C)

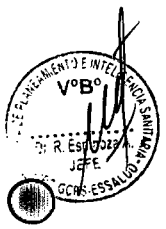
8. Los cuadros a presentar serán por cada establecimiento que conforma las Redes Asistencial a Nivel Nacional, siendo independientes para cada uno de los servicios de consulta externa, hospitalización y emergencia (por prioridades).

9. Adicionalmente, se emitirá un informe conteniendo el análisis cuali-cuantitativo de los hallazgos encontrados de acuerdo a su jurisdicción.

10. La información deberá ser remitida con una periodicidad semestral a la Oficina de Planeamiento e Inteligencia Sanitaria - Gerencia Central de Prestaciones de Salud.

11. Será responsabilidad de cada Oficina y/o Unidad, hacer la revisión y depuración de los datos antes de su envío al Nivel Central.

DEFINICIONES OPERATIVAS:



Consulta Externa : Actividad médica dirigida hacia la detección, evaluación y manejo de riesgos y daños, dentro de un enfoque integral de atención que busca mejorar la salud individual, brindada ambulatoriamente.

Causa : Lista de Tabulación de la Morbilidad que figura en el Tomo I de la Clasificación Internacional de Enfermedades- Décima Revisión (CIE-10), páginas 1155-1164, la que cuenta con 298 causas.

Caso definitivo : Es el caso que es clasificado como confirmado para fines de reporte, puede tener una confirmación clínica evidente o por algún método auxiliar de diagnóstico.

Sexo : Femenino / Masculino .

Grupos de Edad : Es la agrupación de los pacientes por edades que facilitan el análisis y las comparaciones de las diferentes enfermedades: < 1, 1-4, 5-9, 10-14, 15-19, 20-24, 25-29, 30-34, 35-39, 40-44, 45-49, 50-54, 55-59, 60-64, 65-69, 70-74, 75-79, 80-84, 85-89, 70-74, 75-79, 80-84, 85+

Consultas : Número de veces que el paciente fue atendido en consulta externa en un año (definitivo + presuntivo + repetido)

Hospitalización : Es el proceso por el que el paciente permanece internado en un establecimiento de salud para fines diagnósticos y/o terapéuticos y por la condición de salud que presenta.

Egresos Hospitalarios: Es la salida de un paciente de los servicios de hospitalización. Puede ser por alta, defunción, transferencia a otro hospital (no son egresos las transferencias intrahospitalarias) o fuga.

Emergencia : Son las atenciones otorgadas en el servicio de emergencia, a los pacientes que demandan atención inmediata (Prioridad I, II, III y IV).

Atenciones : Variable utilizada para contabilizar los pacientes que acuden al servicio de emergencia

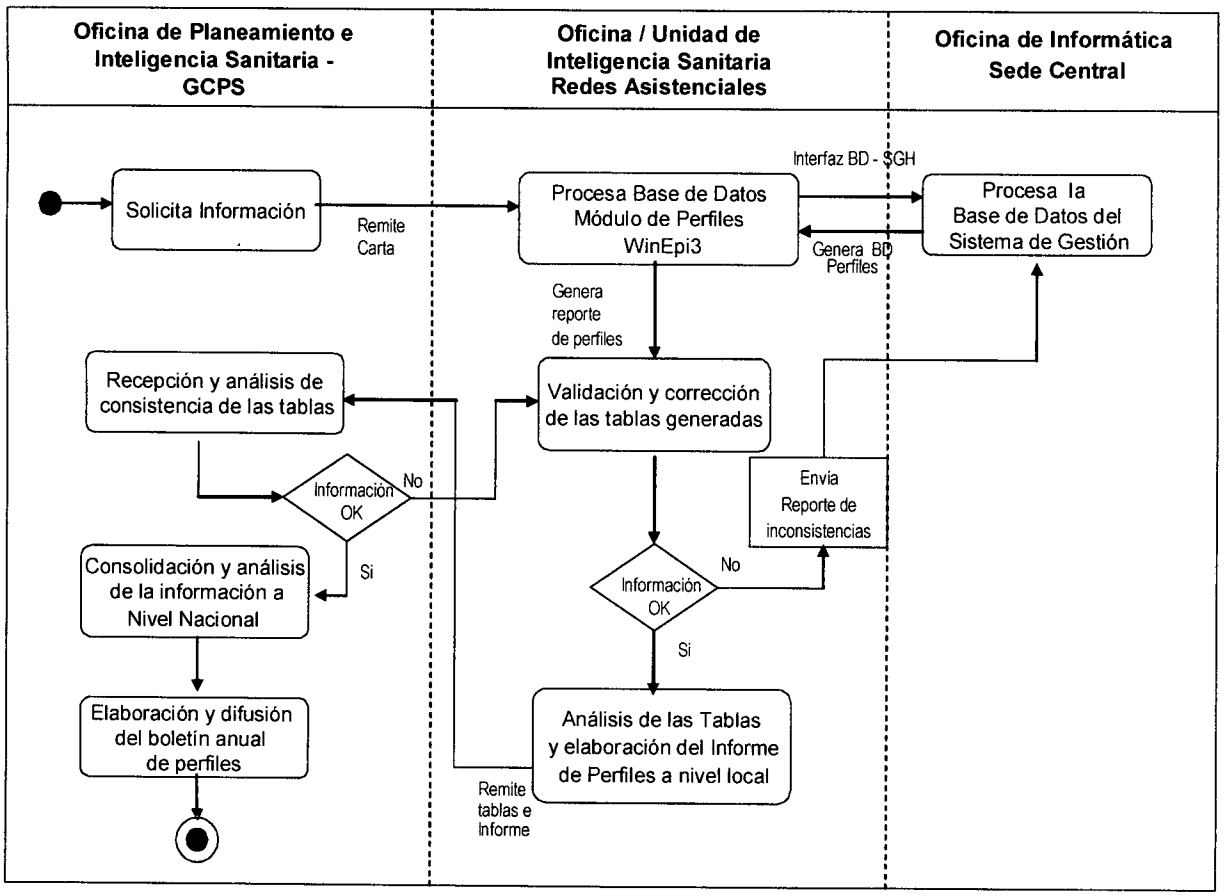
Prioridad I : Pacientes con alteración súbita y crítica del estado salud, en riesgo inminente de muerte y que requieren atención inmediata en la Sala de Reanimación – Shock Trauma

Prioridad II : Pacientes portadores de cuadro súbito, agudo con riesgo de muerte o complicaciones serias, cuya atención debe realizar en un tiempo de espera no mayor o igual de 10 minutos desde su ingreso.

Prioridad III : Paciente que no presentan riesgo de muerte ni secuelas invalidantes. Amerita atención en el tópico de Emergencia III, teniendo prioridad la atención de casos I y II.

FLUJOGRAMA DE INFORMACIÓN

SUB SISTEMA DE PERFILES EPIDEMIOLOGICOS



SUB SISTEMA DE VIGILANCIA DE MORTALIDAD

EsSalud
MAS SALUD PARA MAS PERUANOS

Gerencia Central de Prestaciones de Salud
Oficina de Planeamiento y Calidad

Oficina de Planeamiento e Inteligencia Sanitaria

Herramientas para una mejor gestión

Diciembre, 2008

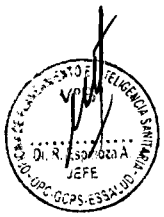
OFICINA DE PLANEAMIENTO E INTELIGENCIA SANITARIA
V°B°
Dr. R. Esperanza A.
JEFE
OFICINA DE PLANEAMIENTO ESSALUD - RED ASISTENCIAL

SEGURO SOCIAL DE SALUD

GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD
Dr. Alfredo Barredo Moyano

OFICINA DE PLANEAMIENTO Y CALIDAD
Dr. Tomás Párraga Aliaga

OFICINA DE PLANEAMIENTO E INTELIGENCIA SANITARIA
Dr. Roberto Espinoza Atarama



ELABORACION

Equipo Técnico
Mg. Yovanna Maritza Seclén Ubillús
Ing. Agnes Ysela Yari Castañeda
Adm. Jony Rolando Colán Hernández

Apoyo Administrativo
Srta Sandra Wendy Ruiz Sempertegui

Colaboración

Unidad de Inteligencia Sanitaria de la Red Asistencial La Libertad
Dr. Marco Alfaro Angulo

Unidad de Inteligencia Sanitaria de la Red Asistencial Junín
Dr. César Altamirano Cardenas

Unidad de Inteligencia Sanitaria de la Red Asistencial Huánuco
Dr. Miguel Angel Paco Fernández

Unidad de Inteligencia Sanitaria de la Red Asistencial Tacna
Lic. Sheyla Chávez Delgado

Oficina de Inteligencia Sanitaria de la Red Asistencial Rebagliati
Dra. Juana Antigoni Perez

Unidad de Inteligencia Sanitaria del Hospital II Guillermo Lanatta Lujan
Dr. Jorge Rios Panduro

Oficina de Inteligencia Sanitaria de la Red Asistencial Lambayeque
Dr. Victor Soto Cardenas
Lic. Maria Pereyra Lao

Unidad de Inteligencia Sanitaria del Hospital III Yanahuara – Arequipa
Dr. Arnulfo Villavicencio Villafuerte

Unidad de Inteligencia Sanitaria de la Red Asistencial Ica
Lic. Carolina Salinas

Oficina de Inteligencia Sanitaria de la Red Asistencial Almenara
Dr. Enrique Custodio López

Sub Sistema de Vigilancia de Mortalidad en EsSalud.

DEFINICION

Sub sistema encargado de normar el registro, notificación análisis y difusión del comportamiento de las muertes registradas en la población asegurada. La medición de las defunciones permitirá inferir no solo cuanto tiempo se vive sino como se vive. Las variables consideradas como son la frecuencia, edad, procedencia y causa de muerte son indicadores sintéticos de bienestar de la población que serán de utilidad
para la gestión institucional

FINALIDAD

Normar la recolección, notificación y análisis de los daños y problemas relacionados con la mortalidad, ocurridas en el proceso de la prestación de los servicios de salud, que permita los estudios, investigación y la toma de decisiones del Seguro Social de Salud (EsSalud), en la reducción de los riesgos para la salud de la población asegurada.

OBJETIVOS

1. Estandarizar los procesos de recolección, notificación y análisis de los daños y problemas relacionados con la mortalidad en la Red de Vigilancia Institucional.
2. Caracterizar el comportamiento de la mortalidad en la población asegurada a nivel nacional
3. Evaluar la cantidad y calidad de vida de la población asegurada a través de la construcción de indicadores sintéticos.



BASE LEGAL

1. Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 927-PE-ESSALUD-2003 del 12 de Noviembre del 2003. Aprueba la estructura Orgánica y el Reglamento de Organización y funciones del Seguro Social de Salud.

2. Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 258-PE-ESSALUD-2003 del 19 de Mayo del 2003. Pone en vigencia la Estructura Orgánica y el Reglamento de Organización y Funciones de la Gerencia de División de Prestaciones.

3. Acuerdo de Consejo Directivo N° 033-3-EsSalud-2003 del 02 de Abril del 03. Aprueba el Plan Estratégico 2003-2007

4. Resolución de Gerencia de División de Prestaciones N° 120-GDP-EsSalud, del 12 de Abril del 2004. Aprobar el documento técnico "Modelo Institucional de Vigilancia en Salud Pública e Inteligencia Sanitaria.

5. Resolución de Dirección Ejecutiva N° 1033-DE-IPSS-93, que establece el uso obligatorio de la Clasificación Internacional de Enfermedades en los servicios de salud del IPSS.
6. Resolución de Dirección Ejecutiva N° 1117-DE-IPSS-93 y Directiva N° 040-DE-IPSS-93, que norma el registro y notificación de las muertes y complicaciones hospitalarias en los establecimientos de salud del IPSS.

7. Resolución de Dirección Ejecutiva N° 1119-DE-IPSS-93, que aprueba el Manual Instructivo para el llenado del Certificado de Defunción.

8. Resolución Ministerial N° 370-2004-SA/DM de cooperación interinstitucional entre el INEI y el Registro Nacional de Identificación y Estado Civil y Ministerio de Salud.

ALCANCE

Las disposiciones contenidas en la presente norma, comprenden a todas las dependencias y personal de los centros asistenciales del Seguro Social de Salud.

V°B°
Dr. R. Espinoza A.
JEFE

RESPONSABILIDAD

- Gerentes Médico y Directores de Redes Asistenciales de EsSalud
- Jefes de las Oficinas de Gestión y Desarrollo
- Jefes de Coordinaciones de Prestaciones de Redes Asistenciales
- Directores de Hospitales de EsSalud
- Jefes de Departamento y Servicio
- Jefes de Oficinas y/o Unidades de Inteligencia Sanitaria de las Redes y los Centros Asistenciales de EsSalud.

FUENTES DE INFORMACION

- Historias clínicas
- Certificado de defunción
- Base de datos de Red de Gestión Hospitalarias
- Base de datos de Defunciones de PADOMI
- Libro de registro de emergencia
- Base de datos de la Oficina de Recaudaciones
- Base de Datos del Instituto de Medicina Legal
- Base de Datos de las Direcciones de Salud de las Personas
- Base de Datos de las Municipalidades

PROCEDIMIENTOS PARA EL REGISTRO Y ANALISIS DE DATOS

1. **Normas de registro:**

1.1. El médico tratante o el encargado en el momento de la defunción registrará correctamente los certificados de defunción según los criterios establecidos en la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10

1.2. Se enviará una copia del Certificado de Defunción a las Oficinas y/o Unidades de Inteligencia Sanitaria e Información de los Centros Asistenciales

1.3. La historia clínica de toda defunción deberá ser remitida a la Oficina y/o unidad de epidemiología para su revisión y posteriormente archivada.

1.4. La revisión y recodificación de la causa básica, será definida por el epidemiólogo y/o profesional encargado de la Oficina o Unidad del centro asistencial, después de la revisión de la historia clínica de la defunción, según las normas de la CIE-10.

1.5. Los datos de la defunción se registrarán en el Software WinEpi 3 – Modulo de Defunciones



2. Normas de notificación:

2.1. Todos los Centros Asistenciales de EsSalud deberán notificar las defunciones de su jurisdicción

2.2. La trascripción de los certificados de defunción al modulo WinEpi3, originarán una base de datos

2.3. La base de datos se remitirá mensualmente dentro de los cinco primeros días de cada mes a las Oficinas de Inteligencia Sanitaria de la Red Asistencial de EsSalud

2.4. La Oficina y/o Unidad de Inteligencia Sanitaria de la Red Asistencial remitirá mensualmente dentro de los 15 primeros días de cada mes el consolidado de la base de datos de los centros asistenciales de la red respectiva a la Oficina de Planeamiento e Inteligencia Sanitaria de la Sede Central.

3. Normas de análisis:

3.1. Cada Oficina de Inteligencia Sanitaria, Servicio y/o Unidad de Inteligencia Sanitaria deberá emitir un informe trimestral de las defunciones, según la estructura establecida (Formato A y B..)

3.2. Determinar anualmente el análisis de mortalidad de la población adscrita a la Red Asistencial, considerando indicadores de frecuencia y de Años de Vida Perdidos por Muerte Prematura u otros de interés local.

3.3. Determinar las tendencias de la mortalidad según grupos de edad y sexo según la codificación de Carga de Enfermedad

3.4. La Oficina de Planeamiento e Inteligencia Sanitaria de la Sede Central realizará el análisis semestral y anual de la mortalidad para el ámbito nacional.

3.5. Difusión de la información a todos los niveles del centro asistencial y gerencial de EsSalud, para la toma de decisión local y nacional con respecto a la política de salud de la Institución

4. DEFINICIONES OPERATIVAS

Defunción hospitalaria:

Es la muerte en un momento cualquiera posterior a 24 horas del ingreso de un paciente al establecimiento hasta dentro de las 24 horas después de haber sido dado de alta.

Defunción extrahospitalaria:

Es la muerte en un momento cualquiera antes del ingreso de un paciente al establecimiento, hasta después de las 24 horas de haber sido dado de alta y las ocurridas en establecimientos que no pertenecen al Seguro Social de Salud

Causa básica:

Es la enfermedad o lesión que inicio la cadena de acontecimientos patológicos que condujeron directamente a la muerte, o las circunstancias del accidente o violencia que produjeron la lesión fatal.

Causa intermedia:

Es la enfermedad o complicación secuencial relacionada con la causa básica, que ha ejercido influencia desfavorable en el curso y que determina el desenlace fatal.

Causa terminal:

Es la enfermedad final que condujo directamente a la muerte. No quiere decir con esto los síntomas ni modo de morir, por ejemplo: paro cardiaco, insuficiencia respiratoria, etc. Significa propiamente la enfermedad, lesión o complicación que causó el fallecimiento.



Causa contributoria:

Es cualquier otro estado patológico importante que contribuyó a la muerte, pero que no estuvo relacionado con la enfermedad que condujo directamente a ella.

Indice de Swaroop

Se refiere a la proporción de defunciones de un determinado grupo poblacional que ocurre en personas con 50 años a más.

$$\textbf{Indice de Swaroop} = \frac{\text{Defunciones en personas de 50 y más años}}{\text{Total de Defunciones}} \times 100$$

Tasa de Letalidad

Es una relación expresada generalmente en forma de porcentaje, cuyo denominador es el número de personas diagnosticadas de una enfermedad en particular, y el numerador es la cantidad de las personas que fallecen a consecuencia de esa enfermedad. La letalidad indica la severidad de la enfermedad y se refiere a las muertes ocurridas entre las personas con la enfermedad.

$$\textbf{Tasa de Letalidad} = \frac{\text{Total de defunciones por una enfermedad durante un período}}{\text{Total de casos de dicha enfermedad en El período}} \times 100$$

Tasa de Mortalidad General

Es el número de defunciones producidas por todas las causas, en la población incluyendo todas las edades, durante un período determinado, por la regular un año, multiplicada por una constante de 1,000. Puede también hacerse específica por daños, sexo, grupos etáreos, etc.

VºBº

$$\textbf{Tasa de Mortalidad General} = \frac{\text{Total de defunciones ocurridas en un período deteminado}}{\text{Población total en dicho período}} \times 100$$

Tasa de Mortalidad Infantil

Expresa el número de muertes menores del 1 año, en un área determinada en un intervalo de tiempo, generalmente un año calendario, dividido por los nacidos vivos en el mismo período y área geográfica multiplicado por una constante (1,000).

Tasa de Mortalidad Materna

Se define como la muerte de una mujer durante el embarazo, el parto o el puerperio (42 días posteriores al término de la gestación), dependiente-mente de localización o duración de la gestación, debido a cualquier causa relacionada o agravada por la gravidez, o por medidas tomadas con relación a ellas; y por tanto no debido a otras causas accidentales o incidentales.

Tasa de Mortalidad Infantil = (N° de Muertes en menores de 1 año / Nacidos vivos) x constantes

Tasa de Mortalidad Materna = (N° de Muertes por causas matenas / Nacidos vivos (en el mismo periodo y área geográfica)) x constantes

Procedimientos para la selección de la causa básica de defunción.

La causa de muerte seleccionada puede no ser la afección más útil e informativa para el análisis. Por ejemplo, si se hubiera seleccionado la senilidad o alguna afección generalizada como la hipertensión o la arteriosclerosis, habría sido preferible la selección de una manifestación u otra afección consecuencia de la edad. Por tal razón en algunas ocasiones puede ser necesario modificar la selección de una manifestación u otra afección consecuencia de la edad. Por tal razón, en algunas ocasiones puede ser necesario modificar la selección para ajustarse a los requerimientos de la clasificación, bien sea utilizando un código único para dos o más causas en particular cuando se informa con algunas otras afecciones

Las reglas de modificación que siguen a continuación tienen por objeto mejorar la utilidad y precisión de la información sobre mortalidad y deben aplicarse después de la selección de la causa antecedente originaria. Los procesos interrelacionados de selección y modificación se han separado con fines didácticos

Después de haber aplicado las reglas de modificación, en algunos casos puede ser necesario volver a aplicar las reglas de selección, lo que no será difícil para los codificadores con experiencia. Pero es importante recordar que ha7y que realizar toso el proceso de selección, modificación y , si fuera necesario reselección.

Las Reglas de Modificación

Regla A . Senilidad y otras afecciones mal definidas

Cuando la causa seleccionada es clasificable en el Capítulo XVIII (Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte) y se informa en el certificado una afección no clasificable con los códigos R00-R94 o R96-R99, reseleccione la causa de defunción como si la afección modifique el código. Tome nota de que la categoría R95 (Síndrome de la muerte súbita infantil) constituye una excepción a lo que se indica en esta regla

Regla B. Afecciones triviales

Cuando la causa seleccionada es una afección trivial que por sí misma es improbable que provoque la muerte y en el certificado se informa una afección más grave, rehaga la selección de la causa básica como si la afección trivial no hubiera sido mencionada. Si la muerte ocurre como resultado de una reacción adversa al tratamiento de afección trivial, seleccione la reacción adversa.

Regla C. Asociación

Cuando en virtud de una disposición de la Clasificación o de las notas para uso en la codificación de la causa básica de muerte, la causa seleccionada esta asociada con una o varias de las otras afecciones que figuran en el certificado, codifique la combinación

Cuando la disposición de asociación se refiere solamente a la combinación de una afección especifica como debida a otra, se codifica la combinación sólo cuando en el certificado aparece explícitamente la relación causal correcta o cuando esta puede inferirse luego de aplicar las reglas de selección

Regla D. Especificidad

Cuando la causa seleccionada describe una afección en términos generales y además figura en el certificado un término que proporciona información más precisa acerca de la localización o de la naturaleza de dicha afección, prefiera el término más informativo. A menudo, esta regla se aplicará cuando el término general pueda ser considerado como adjetivo que califica al término más preciso.

Regla E. Estadios precoces y avanzados de una enfermedad.

Cuando la causa seleccionada es un estadio precoz de una enfermedad y en el certificado figuran un estadio más avanzado de la misma enfermedad , codifique el estadio más avanzado de la misma enfermedad, codifique el estadio más avanzado . Esta regla no se aplica a una forma "crónica" informada como debida a una forma "aguda" a menos que la clasificación dé instrucciones especiales a este efecto.

Regla F. Secuelas

Cuando la causa básica seleccionada es una forma precoz de una afección para la cual la Clasificación establece una categoría denominada "Secuela de..." , y existe evidencia de que la muerte ocurrió como consecuencia de los efectos residuales de esta enfermedad y no durante la fase activa, codifique en la categoría apropiada como "Secuela de..." . las categorías para "Secuela de...." son las siguientes : B90-B94, E64-E68, G09, I69, O97 y Y85-Y89.

Resumen de códigos que no se deben utilizar en la codificación de la causa de muerte

Códigos que no se deben utilizar En la codificación de la causa básica (use el código entre paréntesis, si no se indica código use R99)		Códigos que no se deben utilizar si la causa básica es conocida
B95-B97		F01-F09
E89.-		F70-F79
G97.-		G81.-
H59.-		G82.-
H95.-		G83.-
I15.-		H54.-
I23.-	(codifique en I21 o I22)	H90-H91
I24.0	(codifique en I21 o I22)	N46
I65.-	(codifique en I63)	N97.-
I97.-		O30.-
J95.-		P07.-
K91.-		P08.-
M96.-		T79.-
N99.-		
O08.-		
O80-O84	(codifique en O75.9)	
R69.-	(codifique en R95-R99)	
S00-T98	(codifique en V01-Y89)	
Y90-Y98		
Z00-Z99		

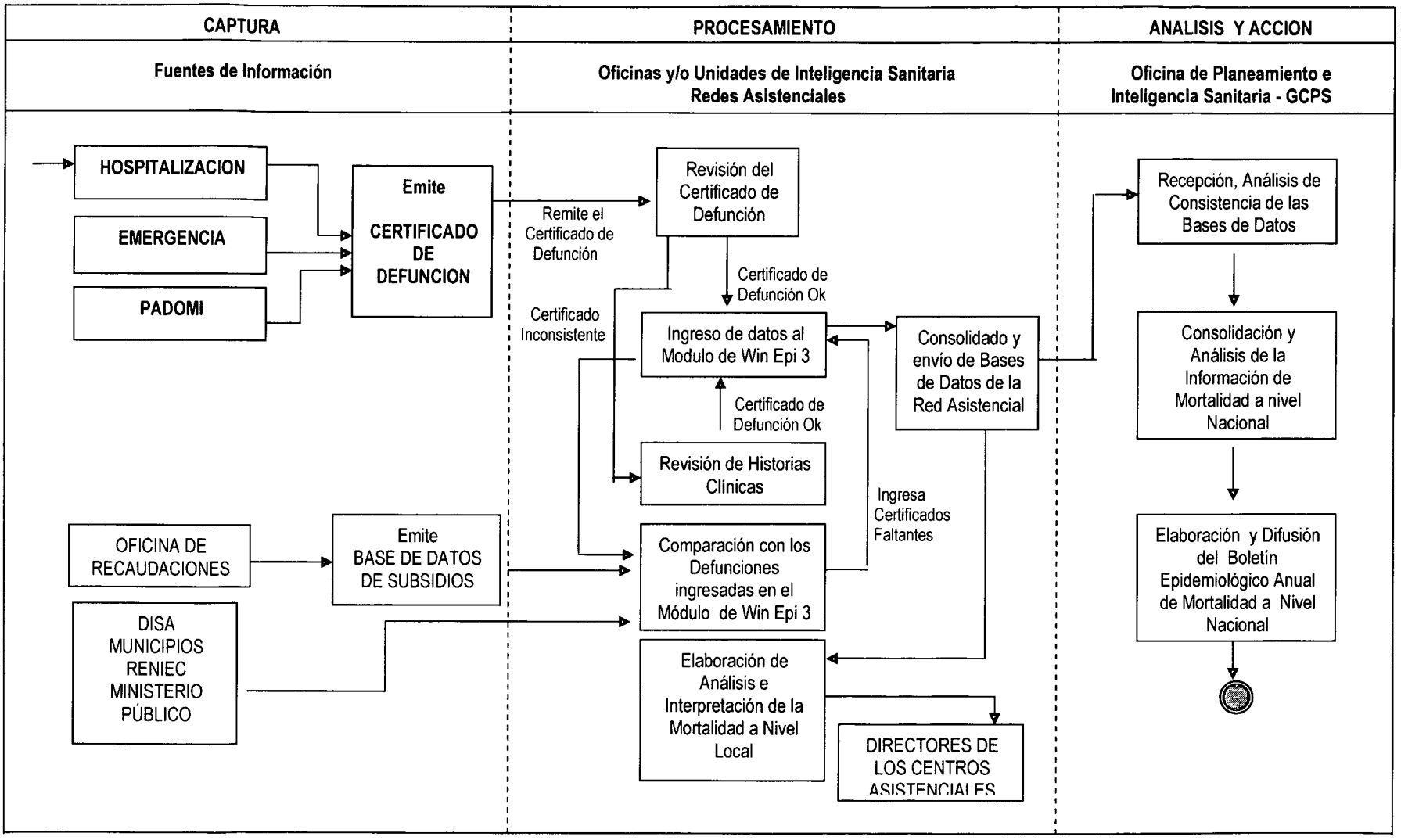
Además de los códigos de asterisco.

Vº Bº
Dr. R. Espinoza A.
JEFE

DISPOSICIONES FINALES

El incumplimiento de la presente directiva, dará lugar a sanciones contempladas en las normas administrativas vigentes en la institución.

FLUJOGRAMA DE INFORMACIÓN



ANEXOS

A Formato de Certificados de Defunciones – Oficina De Estadística e Informática

B Formato A : Defunciones Registradas en Población Asegurada por Grupos de Edad Y Sexo

C Formato B : Años de Vida Perdidos por Muerte Prematura en la Población Asegurada Según Grupos de Edad y Sexo

GUIA DEL SUB SISTEMA DE COMPLICACIONES INTRAHOSPITALARIAS INFECCIOSAS

EsSalud
MAS SALUD PARA MAS PERUANOS
Gerencia Central de Prestaciones de Salud
Oficina de Planeamiento y Calidad

Oficina de Planeamiento e Inteligencia Sanitaria

Herramientas para una mejor gestión

Diciembre, 2008

Seguro Social de Salud

Gerencia Central de Prestaciones de Salud
Dr. Alfredo Barredo Moyano

Oficina de Planeamiento y Calidad
Dr. Tomás Párraga Aliaga

Oficina de Planeamiento e Inteligencia Sanitaria
Dr. Roberto Espinoza Atarama

Comité Técnico:

Dr. Augusto Irey Tsukayama
Jefe de la Oficina de Inteligencia Sanitaria-Red Asistencial Almenara

Lic. María de Lourdes Quispe Quiroz
Enfermera de la Oficina de Inteligencia Sanitaria – Red Asistencial Sabogal

Lic. Evelia Flavia Gutierrez Flores
Enfermera de la Oficina de Inteligencia Sanitaria -Red Asistencial Rebagliati

Dr. Vicente Antonio Gonzales De los Santos
Médico Representante de la Oficina de Planeamiento e Inteligencia Sanitaria
Hospital Suárez Angamos - Red Asistencial Rebagliati

Colaboradores:

Dra. Selene Manga Chávez
Médico Asistente de la Oficina de Inteligencia Sanitaria -Red Asistencial Rebagliati

Dr. Enrique Custodio López
Médico Asistente de la Oficina de Inteligencia Sanitaria -Red Asistencial Almenara

Blga. Celia Molina Castro
Bióloga de la Oficina de Inteligencia Sanitaria -Red Asistencial Almenara

Dr. Arturo Quijano Martínez
Jefe de la Unidad de Epidemiología del Hospital II Vitarte - Red Asistencial Almenara

INTRODUCCION

Han transcurrido diez años desde la aprobación de la Guía metodológica para el funcionamiento del Sistema Selectivo de Vigilancia epidemiológica del IPSS y en este lapso hubo una evolución indiscutible en diferentes campos de la salud, particularmente en la Epidemiología y en la Salud Pública. Específicamente en el tema de las Infecciones Intrahospitalarias (IIH), han ocurridos cambios en el enfoque de la vigilancia, los cuales han conllevado a modificaciones en el aspecto operativo de ella.

El principio fundamental de la vigilancia de IIH en la presente guía, es concentrar la búsqueda en los pacientes expuestos a factores de riesgo para desarrollar dichos eventos, lo cual tiene básicamente, tres objetivos:

El primero, es concentrar los esfuerzos del personal que realiza la vigilancia en aquellos pacientes que tengan la mayor susceptibilidad a desarrollar IIH, el segundo, es fortalecer el valor de los indicadores de IIH y el tercero, es facilitar una mejor evaluación de las tendencias de las IIH en el tiempo; este último objetivo tiene la ventaja, entre otras, de medir el impacto de las intervenciones dirigidas a disminuir la frecuencia de las IIH.

En ese sentido el Comité Técnico convocado por la Oficina de Inteligencia Sanitaria de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud, cumple con actualizar el Subsistema de Vigilancia de Complicaciones Infecciosas, guiados por la responsabilidad de ser pioneros en el Perú en este campo, para ello se ha tomado en cuenta los aportes y la experiencia del personal de salud que realiza esta tarea en sus respectivos hospitales.

Esperamos, finalmente que esta Guía contribuya a facilitar las acciones de Prevención y Control de la IIH de manera eficiente y oportuna en los diferentes Centros Asistenciales (CAS) de EsSalud.

Oficina de Planeamiento e Inteligencia Sanitaria
GCPS -EsSalud

I. PROPOSITO

Obtener información estandarizada y actualizada de la problemática nacional referida a incidencia, localización, repercusión y cuantificación de las infecciones intrahospitalarias de mayor impacto, para implementar acciones de control y prevención oportuna en todos los centros asistenciales a nivel institucional

II. OBJETIVOS

a. Proveer un documento técnico normativo actualizado que permita estandarizar los criterios y actividades del subsistema de vigilancia de las infecciones intrahospitalarias en el ámbito institucional.

b. Proporcionar información sobre la magnitud de las infecciones intrahospitalarias de acuerdo a factores de riesgo identificados para apoyar a la toma de decisiones orientadas a la prevención y control de estos eventos.

III. BASE LEGAL

a. Ley N° 26842, Ley General de Salud.

b. Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud (EsSalud).

c. Ley N° 26790, ley de Modernidad de la Seguridad Social en Salud y su Reglamento.

d. NT N°026-MINSA/OGE-V.01 "Norma Técnica de Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Intrahospitalarias".

e. Resolución de Dirección Ejecutiva N°444-DE-IPSS-92, que crea el comité nacional del programa complementario de salud integral, el que quedó a cargo de este programa de salud, dentro de cuyos capítulos se incluyó, el de la vigilancia epidemiológica institucional.

f. Resolución de Dirección Ejecutiva N° 1117-DE-IPSS-93 y directiva N° 040-DE-IPSS-93, que norma el registro y notificación de las muertes y infecciones hospitalarias en los establecimientos de salud del IPSS.

g. Resolución de Gerencia General N° 581-GC-IPSS-96, que establece los establecimientos centinelas como soporte del sistema de vigilancia epidemiológica institucional.

h. Directiva N° 030-DE-IPSS-93:"Normas del registro y notificación de las muertes y complicaciones intrahospitalarias en los establecimientos de salud del IPSS".

i. Resolución N° 015-GCPSS-IPSS-96: "Guía Metodológica para el Funcionamiento del Sistema Selectivo de Vigilancia Epidemiológica del Instituto Peruano de Seguridad Social"- Setiembre 1996.

j. Resolución De Gerencia de División de Prestaciones N° 027-GDP-EsSalud-2005 "Comité Técnico para el Manejo Integrado de las Complicaciones Intrahospitalarias".

k. NT Nº 020-MINSA/DGSP-V.01, RM Nº 753-2004. Norma Técnica de Prevención y Control de las Infecciones Intrahospitalarias.

IV. ALCANCE

El contenido y las disposiciones de la presente guía comprenden a todas las dependencias del Seguro Social de Salud (ESSALUD).

V. RESPONSABILIDAD

a. Oficina de Planeamiento e Inteligencia Sanitaria – OPC- GCPS
b. Jefes de Oficina de Gestión y Desarrollo.
c. Jefes y/o Responsables de las Oficinas y Unidades de Inteligencia Sanitaria de los Centros Asistenciales.

VI. RED DEL SUBSISTEMA DE VIGILANCIA DE LAS INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS

a. Estructura, organización y funciones

La Red del Subsistema de Vigilancia epidemiológica de las Infecciones Intrahospitalarias, consta de tres niveles:

Nivel Central: Oficina de Planeamiento e Inteligencia Sanitaria

La Oficina de Planeamiento e Inteligencia Sanitaria de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud (OPIS) es el órgano normativo de la vigilancia de las IIH a nivel institucional, encargado de:

- Consolidar, analizar y difundir la información del subsistema de vigilancia de IIH a nivel nacional.
- Supervisar, monitorear y evaluar la operatividad del subsistema de vigilancia de las IIH en los diferentes niveles a nivel nacional.
- Asesorar sobre problemas del Subsistema considerados de relevancia institucional.
- Mantener actualizado las Normas del Subsistema de Vigilancia de IIH .
- Realizar investigaciones epidemiológicas en el ámbito nacional en base a la información suministrada por las Redes.
- Cooperar científica y técnicamente con los distintos niveles sobre la adopción de medidas de control de IIH.

Nivel Intermedio: Redes Asistenciales (Hospitales Base de Red) e Institutos

En este nivel existen órganos desconcentrados, los que están constituidos por una Jefatura que representa a la OPIS en su ámbito geográfico. Las funciones que se desempeñan en este nivel son:

- Recolectar y consolidar datos de IIH de su Hospital Base o Instituto.
- Analizar y difundir información de IIH a nivel de su Hospital Base o Instituto.
- Supervisar, monitorear y evaluar el subsistema de vigilancia de la Red.
- Elaborar el Informe Ejecutivo del subsistema de vigilancia de IIH de la Red.
- Remitir los reportes, resultado de la vigilancia de IIH del instituto, hospital base y de los CAS de su Red a la OPIS.
- Elaborar y difundir boletines epidemiológicos.
- Brindar asesoría técnica y administrativa sobre vigilancia de IIH a los CAS de su Red.
- Proponer y supervisar medidas de prevención y control de infecciones intrahospitalarias.

Nivel Local: Centros Asistenciales de EsSalud

Los centros asistenciales de la Red, deberán:

- Recolectar y consolidar los datos de IIH a nivel local.
- Efectuar control de calidad de los datos y de la información generada.
- Analizar y difundir la información de IIH a nivel local.
- Remitir reportes de la vigilancia al nivel inmediato superior (hospital base).
- Enviar el Informe Ejecutivo del subsistema de vigilancia de IIH a la dirección del centro.

Consideraciones generales para la vigilancia de las IIH

Las características de la vigilancia son las siguientes:

- Es activa, selectiva y focalizada.
- Cada centro asistencial debe contar con un profesional de la salud capacitado para la vigilancia de las IIH por cada 200 camas.
- La información debe ser generada y difundida en forma oportuna por parte de los centros asistenciales a los niveles correspondientes.
- El Jefe de la Oficina de Planeamiento e Inteligencia Sanitaria, los Jfes de las Oficinas de Inteligencia Sanitaria y los jefes de las Unidades ó Áreas de Inteligencia Sanitaria o sus similares, son los responsables de la calidad de la información y de su difusión.

VII. SUBSISTEMA DE VIGILANCIA DE LAS COMPLICACIONES INTRAHOSPITALARIAS INFECCIOSAS

7.1 DEFINICIÓN

El subsistema de vigilancia de las complicaciones intrahospitalarias infecciosas es el conjunto de elementos organizados que permite la observación sistemática y permanente de la ocurrencia y distribución de las infecciones intrahospitalarias que se presentan en los centros asistenciales para la toma de acciones oportunas y eficaces.

7.2 OBJETIVOS

7.2.1 Conocer el comportamiento de las infecciones intrahospitalarias y de sus factores de riesgo.
7.2.2 Proporcionar información oportuna a los diferentes niveles de la gestión.
7.2.3 Evaluar los efectos de las medidas de intervención.

7.3 TIPO DE VIGILANCIA

La vigilancia es **ACTIVA, SELECTIVA** y **FOCALIZADA.**

Es **ACTIVA** porque la búsqueda de casos es realizada por personal profesional capacitado en la metodología de la vigilancia.

Este personal utiliza criterios homogéneos, con lo que la validez y fiabilidad es mucho mayor y se detectan un 85-100% de las infecciones nosocomiales. La interacción con el personal de planta es

mayor, y con ello, las posibilidades de informarles de las medidas de control de la infección y del riesgo al que se ven sometidos los pacientes con los diversos procedimientos. La posibilidad de detectar y controlar los brotes es mayor que en la vigilancia pasiva, pero también los costos, al precisar recursos humanos específicos.

Es **SELECTIVA** porque la vigilancia está dirigida a dispositivos (catéter urinario permanente , catéter venoso central , ventilador mecánico) o procedimientos (operaciones quirúrgicas , parto vaginal) que representan factores de riesgo extrínsecos para el desarrollo de las principales infecciones intrahospitalarias

Es **FOCALIZADA** porque se vigilan los servicios donde hay una mayor magnitud de exposición a los factores de riesgo seleccionados.

Sin embargo, la vigilancia podrá ser selectiva y no focalizada en los centros asistenciales que cuenten con los recursos humanos suficientes.

7.4 DEFINICIÓN DE LOS FACTORES Y EVENTOS A VIGILAR

7.4.1 Factor de riesgo

Es un atributo o característica que se asocia con una probabilidad mayor de desarrollar un resultado específico, tal como la ocurrencia de una infección intrahospitalaria. Este atributo no necesariamente constituye un factor causal.
Los factores de riesgo vigilados se dividen en dos clases:

- DISPOSITIVOS : Catéter venoso central (CVC) , ventilador mecánico (VM) , catéter urinario permanente (CUP)
- PROCEDIMIENTOS: Operaciones quirúrgicas (hernioplastía, colecistectomía, histerectomía, cesárea y by pass aortocoronario) y partos vaginales.

Los factores de riesgo de IIH seleccionados se detallan en los anexos N° 01 y 02.

7.4.2 Infección Intrahospitalaria o nosocomial

Para el sistema de vigilancia institucional se define Infección nosocomial o intrahospitalaria a una condición localizada o sistémica producto de una reacción adversa a la presencia de un agente infeccioso o su toxina, y que no estaba presente o incubándose en el momento de la admisión.

Las infecciones intrahospitalarias consideradas en nuestra vigilancia se definen en el anexo N° 03.

7.5 ETAPAS DE LA VIGILANCIA

7.5.1 Recolección de Datos

a. Personal

Profesionales de la salud con formación en Salud Pública o Epidemiología con experiencia en vigilancia de Infecciones Intrahospitalarias.

b. Población objetivo

Pacientes hospitalizados expuestos a factores de riesgo seleccionados en servicios focalizados. (Ver anexo N° 1).

La vigilancia de estos factores de riesgo y servicios son de carácter obligatorio, sin embargo, cada establecimiento podrá ampliar la vigilancia a otros factores de riesgo y a otros servicios, según su prioridad y disponibilidad de recursos.

c. Frecuencia

La vigilancia será diaria

d. Metodología

- El profesional de vigilancia se trasladará diariamente al servicio asignado para identificar a los pacientes expuestos a factores de riesgo seleccionados, registrando los datos en los formatos de vigilancia de factores de riesgo respectivos. Ver anexos N° 04,05 y 06.
- Se llenará la ficha para notificación de infección intrahospitalaria (Ver anexos N° 07) por cada episodio del evento.
- Para el caso de las infecciones de sitio quirúrgico, la vigilancia se hará hasta los 30 días posteriores a la intervención quirúrgica.
- En el caso de los pacientes que son dados de alta antes de cumplir los 30 días posteriores a la intervención, una metodología sugerida para la búsqueda de casos de infección de sitio quirúrgico es mediante:
  - revisión de las anotaciones de los controles ambulatorios en la historia clínica.
  - revisión de partes de atención diaria en tópicos de curaciones ambulatorias.
  - revisión de los libros de atención en tópicos de cirugía de emergencia.
- El llenado de datos en la ficha y formatos debe hacerse de manera completa y con letra legible.
- Concluido el mes de vigilancia, se elaborará el consolidado de las IIH por cada factor de riesgo vigilado en los servicios correspondientes y se generarán los reportes que se muestran en los anexos.

e. Técnicas e Instrumentos

Técnicas:

- Revisión documentaria
- Observación directa.
- Entrevista (paciente, personal asistencial).

Instrumentos:

- Formato de Vigilancia diaria del Factor de riesgo (Anexo N° 04, 05 y 06).
- Ficha para notificación de Infección Intrahospitalaria. (Anexo N° 07)

f. Fuentes

- Historia Clínica.
- El cuaderno de anotaciones de enfermería del servicio de hospitalización.
- Kardex.

- Libro de ingresos y egresos del servicio.
- Reportes de microbiología
- Otros reportes del Servicio

7.5.2 Procesamiento, Organización y Consolidación de Datos

a. Ingreso de datos

Los datos registrados se ingresarán a una base de datos en WinEpi 3, actividad que estará a cargo del personal administrativo (digitador, secretaria, etc.). Se hará en hojas de cálculo de EXCEL si el módulo de WINEPI no está disponible.

b. Consistencia de datos

Se entiende por consistencia de datos la acción de revisar y analizar los datos de las fichas de notificación de infecciones y de los factores de riesgo, para verificar la validez individual de la variable investigada, la coherencia de las relaciones entre las variables y la integridad global de las mismas.

Este proceso de control de calidad debe estar a cargo del profesional de salud capacitado.
Para lograrlo es preciso tener en cuenta:

- Verificar que todos los registros hayan sido ingresados en la base.
- Verificar que en todas las variables estén registrados los datos, de lo contrario completar dichos registros.
- Identificar la existencia de registros duplicados considerando las siguientes variables: nombre, complicación infecciosa, fecha de inicio de la complicación, factor de riesgo y servicio. Si se comprueba la duplicidad, eliminar uno de ellos.
- Verificar la congruencia de las variables de cada registro, por ej. En un servicio de Neonatología no deben figurar edades mayores de 28 días, ISQ de Histerectomía en pacientes de sexo masculino.
- Si existieran datos inconsistentes, se procederá a revisar la ficha de caso y otras fuentes para hacer la validación respectiva.

c. Indicadores de las Infecciones Intrahospitalarias

Incidencia Acumulada (IA)

Definición

La incidencia acumulada proporciona una estimación de la probabilidad o del riesgo que un individuo libre de una determinada enfermedad la desarrolle durante un período especificado de tiempo.

Como cualquier proporción suele expresarse en términos de porcentaje. Además al no ser una tasa, es imprescindible que se acompañe del período de observación para poder ser interpretada.

Este indicador es aplicable para infecciones intrahospitalarias asociadas a PROCEDIMIENTOS por ejemplo, para intervenciones quirúrgicas y partos vaginales.

Cálculo

$$IA = \frac{\text{Número de pacientes infectados}}{\text{Número de pacientes expuestos}} \times 100$$

Interpretación

Por ejemplo, en el mes de mayo del año 2002 en el servicio de obstetricia del hospital XX, 76 pacientes fueron sometidas a cesárea, de las cuales, 7 desarrollaron endometritis.

$$IA = \frac{\text{7 pacientes con endometritis}}{\text{76 pacientes cesareadas}} \times 100$$

$$IA = 9.21\ \%$$

En el mes de mayo del año 2002 en el servicio de obstetricia del Hospital XX, por cada 100 pacientes cesareadas 9 pacientes desarrollaron endometritis.

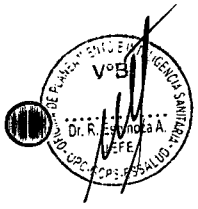
Densidad de incidencia o Tasa de incidencia (TI)

Definición

Expresa el número de sujetos que pasan de estar sanos a estar enfermos por unidad de tiempo en relación al tamaño de la población en riesgo, es decir mide la fuerza de morbilidad o velocidad de enfermar de una población.

La densidad de incidencia no es una proporción sino una tasa, ya que el denominador incorpora la dimensión tiempo. Su valor no puede ser inferior a cero, pero no tiene límite superior.

Este indicador es aplicable para infecciones intrahospitalarias asociadas a DISPOSITIVOS (CUP , VM y CVC).



Durante un periodo de tiempo un paciente puede presentar varios episodios del mismo tipo de infección intrahospitalaria, los cuales deben ser contabilizados e incluidos en el numerador

Cálculo

$$TI = \frac{\text{Nº de casos de Infeccion Intrahospitalaria x 1000}}{\text{Sumatoria de los días de exposición libres de Infección}}$$

Definición

Expresa el número de sujetos que pasan de estar sanos a estar enfermos por unidad de tiempo en relación al tamaño de la población en riesgo, es decir mide la fuerza de morbilidad o velocidad de enfermar de una población.
La densidad de incidencia no es una proporción sino una tasa, ya que el denominador incorpora la dimensión tiempo. Su valor no puede ser inferior a cero, pero no tiene límite superior.

Este indicador es aplicable para infecciones intrahospitalarias asociadas a DISPOSITIVOS (CUP, VM y CVC).

Durante un periodo de tiempo un paciente puede presentar varios episodios del mismo tipo de infección intrahospitalaria, los cuales deben ser contabilizados e incluidos en el numerador

Cálculo

$$TI = \frac{\text{N° de casos de Infeccion Intrahospitalaria x 1000}}{\text{Sumatoria de los días de exposición libres de Infección}}$$

Interpretación

Por ejemplo, en el servicio de UCI Adultos del Hospital XX , durante el mes de agosto se registraron 4 episodios de infección del tracto urinario asociados al uso de catéter vesical, siendo la sumatoria de los días de exposición a este factor igual a150 días de uso de catéter.

$$TI = \frac{4}{150} \times 1000$$

TI = 26 por 1000 catéteres urinarios – día

Podemos interpretar que en este servicio en el mes de agosto, por cada 1000 días de uso de catéter urinario existió la probabilidad de que ocurra 26 episodios de infección urinaria.

Razón de utilización de dispositivo (RUD)

Es un indicador que mide cuanto del número de pacientes-día de un servicio determinado equivale al número de dispositivos-día. Expresa el grado de utilización de un dispositivo de riesgo para Infecciones Intrahospitalarias. Se calcula para cada dispositivo por cada servicio vigilado.

$$RUD = \frac{\text{Número de dispositivos – día}}{\text{Número de pacientes – día}}$$

Se recomienda que la densidad de la incidencia de IIH y la razón de utilización de dispositivo se examinen en conjunto a fin de dirigir apropiadamente las medidas preventivas. Para ello es necesario construir percentiles de cada uno de estos indicadores con la información de los hospitales.

Por ejemplo, supongamos que la tasa de neumonía asociada a ventilador para una determinada UCI está consistentemente por encima del percentil 90 y la razón de utilización del ventilador está rutinariamente entre los percentiles 75 y 90. Puesto que el ventilador mecánico representa un factor de riesgo significativo para el desarrollo de neumonía, sería recomendable dirigir los esfuerzos hacia reducir el uso de ventiladores o limitar la duración de su uso para disminuir la tasa de neumonía asociada a ventilador mecánico en esta unidad.

A continuación se presentan los elementos de los indicadores de infección intrahospitalaria:

ELEMENTOS DE LOS INDICADORES DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS

FACTOR DE RIESGO	INFECCION INTRAHOSPITALARIA	INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	FACTOR
Catéter Urinario Permanente (CUP)	Infección de Tracto Urinario –ITU	TASA DE INCIDENCIA (DENSIDAD DE INCIDENCIA) (TI)	Número de infecciones urinarias en pacientes con catéter urinario permanente en el Servicio determinado	Número de días catéter urinario en el Servicio determinado	1000
Ventilador Mecánico (VM)	Neumonía asociado a Ventilador Mecánico – NEUM		Número de neumonías en pacientes en ventilación mecánica en el servicio determinado	Número de días de Ventilación mecánica en el servicio determinado	1000
Catéter Venoso Central y umbilical (CVC-CU)	Infección de torrente sanguíneo – ITS		Número de infecciones del Torrente sanguíneo en pacientes con catéter venoso central en el servicio determinado	Número de días catéter Venoso central en el servicio determinado	1000
Hernioplastia, Colecistectomia Histerectomía, Cesárea, Cirugía de revascularización de miocardio (By pass Aortocoronario)	Infección de Sitio Quirúrgico – ISQ	INCIDENCIA ACUMULADA (IA)	Número de infecciones de Sitio quirúrgico en Intervenciones determinadas	Número de intervenciones quirúrgicas determinadas.	100
Parto Vaginal	Endometritis		Número de endometritis en pacientes con parto vaginal	Número de partos vaginales	100
Cesárea			Número de endometritis en pacientes con parto por cesárea	Número de cesáreas	100

d. Presentación de la Información

La información de la incidencia de IIH se presentará en Tablas (ver anexos N° 8,9,10,11,12,13,14, 15 y 16) y para el reporte de los gérmenes de las IIH se utilizará los anexos N°17,18,19, 20. Sin embargo, pueden elaborarse otras tablas y gráficos según necesidad e interés del CAS.

7.5.3 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

El análisis de la información nos permitirá cumplir con los objetivos de la vigilancia ya señalados.

El análisis estará orientado a:

- Evaluar el riesgo de desarrollar infecciones intrahospitalarias,
- Identificar brotes de infecciones intrahospitalarias
- Establecer comparaciones con datos históricos (tendencias) y con estándares de organizaciones similares.
- Evaluar los factores que expliquen el comportamiento de las IIH, como: cambio de características de los pacientes, medidas de intervención, materiales, insumos e infraestructura y prácticas de bioseguridad.

7.5.4 DIFUSIÓN

a) Los reportes de IIH (anexos del 8 al 20) serán enviados en forma ascendente desde el nivel local al nivel central con una periodicidad mensual:

   - Del centro asistencial a la OIS de su Red hasta el segundo miércoles del mes.
   - De la OIS de la Red a la OPIS hasta el tercer lunes del mes.

   Es importante mencionar que los diferentes reportes son generados automáticamente por el winepi3, pero también pueden ser elaborados manualmente en aquellos CAS donde el sistema no se encuentre operativo.

   El reporte de sensibilidad de gérmenes identificados en IIH (anexo 21) será enviado anualmente.

b) La información debe estar disponible y será difundida a través de:

   - El Informe Ejecutivo (Anexo Nº 22)
   - El Boletín (Anexo Nº 23).

c. Las Oficinas de Inteligencia Sanitaria de las Redes Asistenciales elaborarán un boletín semestral y un informe ejecutivo anual basado en la información de la vigilancia de IIH correspondiente a su Red.

d. La OPIS elaborará un boletín semestral y un informe ejecutivo anual basado en la información nacional de la vigilancia de IIH.

Para organizar la difusión de la información, se debe tener en cuenta que la vigilancia es un proceso que se caracteriza por suministrar "información para la acción". La información debe estar disponible para las fuentes que notifican o aportan los datos primarios. El objetivo es estimular a través de un mecanismo de retroalimentación la participación tanto en el control del problema como en la remisión de datos futuros.

VIII. EVALUACION DEL SUBSISTEMA DE VIGILANCIA DE IIH.

La evaluación como mecanismo de control permite establecer el grado de cumplimiento de los objetivos y las desviaciones en los procedimientos que limitan estos logros, dando lugar a la aplicación de correcciones.

El Subsistema de Vigilancia debe evaluarse periódicamente, mínimo una vez al año, a fin de detectar deficiencias y corregirlas e identificar nuevos factores de riesgo para incorporarlos a las actividades diarias que componen la vigilancia.

La evaluación de la eficiencia del subsistema se hará a través de Estudios de Prevalencia, el cual se realizará una vez al año.

$$S = \frac{\text{Nº de IIH detectadas por el sistema de vigilancia diaria}}{\text{Nº de IIH detectadas en el estudio de prevalencia}} \times 100$$

IX. DETECCIÓN DE BROTES DE INFECCIÓN INTRAHOSPITALARIA

Una vez establecidas las tasas endémicas de IIH, será posible reconocer desviaciones de los niveles basales que puedan representar brotes de IIH . En la literatura se estima que una pequeña proporción (5-10%) de las IIH corresponden a brotes.

Es importante que el equipo encargado de la vigilancia mantenga una interrelación estrecha con los diferentes Servicios asistenciales y con el Servicio de Microbiología a fin de detectar oportunamente la aparición de estos eventos. El análisis de los datos de vigilancia requiere que se cumpla un determinado período, lo cual muchas veces retrasa la detección temprana de los brotes.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Hennekens CH, Buring JE. Epidemiology in medicine. Mayrent SL, ed. Boston/Toronto, Little, Brown and Company, 1987.

2. Sherertz RJ, Garibaldi RA, Marosok RD, et al. Consensus paper on the surveillance of surgical wound infections. Am J Infect Control 1992; 20: 263-270

3. . Institute of Medicine, National Academy of Sciences. Committee on emerging threats to health- In: Shope RE. Emerging Infections: Microbial threats to health in United States, Washington DC: National Academy Press, 1992

4. Department of Health & Human Services-Public Health Service Centers for Disease Control and Prevention (CDC). NNIS Manual –US,.Atlanta, Georgia, 1994.

5. Ministerio de Salud del Perú. Oficina General de Epidemiología Manual de Vigilancia Epidemiología de las Infecciones Intrahospitalarias 1995

6. Gordis L. Epidemiology. Philadelphia, W.B. Saunders Company, 1996.

7. Fletcher RH et al. Clinical epidemiology, the essentials. Baltimore, Williams & Wilkins, 1996.

8. Hierholzer WJ. Principles of Infections disease epidemiology. In: Mayhall G. Hospital epidemiology and infection control. 1997; 4-7.

9. Nodarse HR. Visión actualizada de las infecciones intra hospitalarias. Revista Cubana de Medicina Militar, 2002,31(3):201-208.

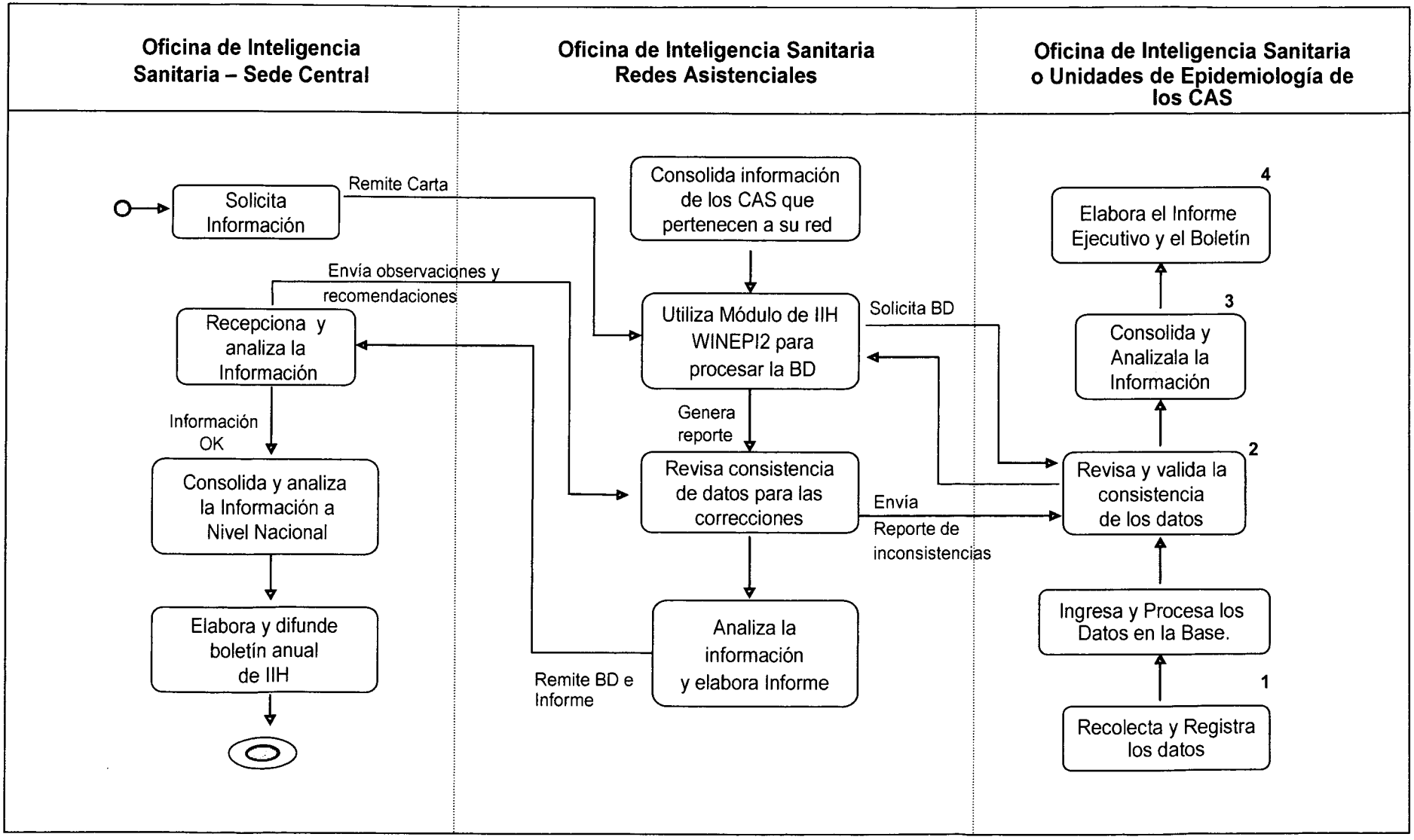
10. Ministerio de Salud del Perú.Dirección General de Salud de las Personas. Norma Técnica de Prevención y Control de las Infecciones Intrahospitalarias 2004. 30-33.

11. Culver DH, Horan TC, Gaynes RP, et al. Surgical wound infection rates by wounds class, operative procedure, and patient risk index. National Nosocomial Infections Surveillance System, *Am J Med* 1991;91(suppl 3B): 152S-157S.

12. Horan TC, Gaynes RP.Surveillance of nosocomial infections. En: Hospital Epidemiology and Infection Control, 3ra. Ed., Mayhall CG.2004:1659-1702

13.National Healthcare Safety Network . CDC . En: http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/nhsn_members.html

FLUJOGRAMA DE INFORMACION



ANEXO Nº 01

FACTORES DE RIESGO SELECCIONADOS EN SERVICIOS FOCALIZADOS

CENTROS ASISTENCIALES NIVEL III y IV		
FACTORES DE RIESGO SELECCIONADOS	**INFECCIÓN INTRAHOSPITALARIA ASOCIADA AL FACTOR DE RIESGO SELECCIONADO**	**SERVICIOS FOCALIZADOS**
Ventilador Mecánico	Neumonía	UVI, UCI y UCIN GENERAL UVI, UCI y UCIN PEDIATRIA UVI, UCI y UCIN NEONATOLOGIA UCI ESPECIALIDADES (NEUROCIRUGIA Y CIRUGIA CARDIOVASCULAR)
Catéter venoso central (*)	Infección del Torrente Sanguíneo	
Catéter Urinario Permanente	Infección del Tracto Urinario	UVI, UCI y UCIN GENERAL UVI, UCI y UCIN PEDIATRIA UCI ESPECIALIDADES (NEUROCIRUGIA Y CIRUGIA CARDIOVASCULAR)
Hernioplastía (Laparascópica y por Laparotomía)	Infección de Sitio Quirúrgico	CIRUGIA GENERAL
Colecistectomía(Laparascópica y por Laparotomía)	Infección de Sitio Quirúrgico	
Hernioplastía (Laparascópica y por Laparotomía)	Infección de Sitio Quirúrgico	CIRUGIA PEDIATRICA
Histerectomía abdominal y vaginal	Infección de Sitio Quirúrgico	GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
Cesárea	Infección de Sitio Quirúrgico Endometritis	
Parto vaginal	Endometritis	
Cirugía de revascularización de miocardio (By pass aortocoronario)	Infección de Sitio Quirúrgico	CIRUGIA CARDIOVASCULAR



CENTROS ASISTENCIALES NIVEL I y II		
FACTORES DE RIESGO SELECCIONADOS	**INFECCIÓN INTRAHOSPITALARIA ASOCIADA AL FACTOR DE RIESGO SELECCIONADO**	**SERVICIOS FOCALIZADOS A VIGILAR**
Ventilador Mecánico	Neumonía	UVI ADULTOS UVI PEDIATRIA UVI NEONATOLOGIA
Catéter venoso central(*)	Infección del Torrente Sanguíneo	
Catéter Urinario Permanente	Infección del Tracto Urinario	UVI ADULTOS
Catéter Urinario Permanente	Infección del Tracto Urinario	MEDICINA
Hernioplastias (Laparascópica y por Laparotomía)	Infección de Sitio Quirúrgico	CIRUGIA GENERAL
Colecistectomía(Laparascópica y por Laparotomía)	Infección de Sitio Quirúrgico	
Histerectomía Abdominal y Vaginal	Infección de Sitio Quirúrgico	GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
Cesárea	Infección de Sitio Quirúrgico	
	Endometritis	
Parto Vaginal	Endometritis	

(*) El catéter umbilical utilizado en Neonatología se considera catéter venoso central.

NOTA IMPORTANTE

Para el caso del Servicio de Neonatología se realizará una vigilancia de todos los neonatos hospitalizados en UCI, UCIN y UVI tratando de identificar casos de infección de torrente sanguíneo , aún en aquéllos que no porten los dispositivos señalados , en estos casos se expresará el indicador como casos de infección de torrente sanguíneo por 1000 pacientes-día.

La vigilancia de estos factores de riesgo y servicios son de carácter obligatorio, sin embargo, cada establecimiento podrá ampliar la vigilancia a otros factores de riesgo y a otros servicios, según su prioridad y disponibilidad de recursos.

ANEXO Nº 02

DEFINICIONES OPERACIONALES

1. PACIENTE- DÍA

Es una unidad de medida de hospitalización, establece los días en que las camas de un servicio determinado se encuentran ocupadas por los pacientes hospitalizados, una cama genera un paciente-día. Si bien un paciente-día se registra como cada lapso de 24 horas en el que una cama se encuentra ocupada, en la práctica, cuando un paciente ingresa y egresa el mismo día, se debe contar como una unidad paciente- día, siempre que ocupe una cama y se prepare una historia clínica; mientras que para pacientes hospitalizados por más de un día y otro período menor de 24 horas, no debe registrarse este último como unidad paciente-día adicional.

2. DISPOSITIVO-DÍA

Es la unidad de medida del tiempo de exposición de un paciente a un dispositivo, tal como CUP, ventilador mecánico y CVC-CU.

3. CATETER VENOSO CENTRAL (CVC)

Es un catéter intravascular que termina en el corazón o cerca de este, o en uno de los grandes vasos, que se utiliza para la infusión (tales como fluidos nutricionales o medicamentos), retiro de sangre, o monitoreo hemodinámico. Los siguientes son considerados grandes vasos para vigilancia de infecciones intrahospitalarias: Aorta, arteria pulmonar, vena cava superior, vena cava inferior, venas braquiocéfalicas, venas yugulares internas, venas subclavias, venas ilíacas externas, y venas femorales comunes.

En recién nacidos, la arteria/vena umbilical es considerado un gran vaso.

Los marcapasos y otros dispositivos cerrados insertados en los vasos sanguíneos o el corazón no son considerados catéteres, porque los líquidos no se infunden, ni se retira a través de tales dispositivos.

4. CATETER URINARIO PERMANENTE (CUP)

Es una sonda de drenaje urinario (también llamada sonda Foley) que se inserta dentro de la vejiga a través de la uretra y es conectado a un sistema de colección de circuito cerrado, no incluye catéteres de evacuación rápida. Ej: Nelaton.

5. VENTILADOR MECANICO (VM)

Es un dispositivo para asistir o controlar la respiración continuamente, inclusive en el periodo de destete, a través de una traqueotomía o a través de una intubación endotraqueal.

Dispositivos para expansión de pulmones tal como el respirador de presión positiva intermitente(IPPB), presión nasal espiratoria final positiva(PEEP) y presión aérea positiva nasal

continua (CPAP, hipoCPAP), no son considerados ventiladores a menos que sean dejados vía traqueotomía o intubación endotraqueal (ejemplo ET-CPAP).

6. COLECISTECTOMIA

Es una intervención quirúrgica que se realiza bajo anestesia, para retirar la vesícula biliar lesionada por cálculos o infecciones secundarias a éstos.

7. HERNIOPLASTIA

Es el procedimiento quirúrgico destinado a la reparación de las hernias. Hay dos pasos fundamentales: el tratamiento del saco y su contenido, y la reparación del orificio aponeurótico.

8. HISTERECTOMIA

Es la extirpación quirúrgica del útero y es un procedimiento que se puede realizar a través del abdomen o de la vagina.

9. CIRUGIA DE REVASCULARIZACION DE MIOCARDIO (BY PASS AORTOCORONARIO)

Cirugía a corazón abierto en la cual se abre el tórax y se injerta un segmento de vaso sanguíneo estableciendo un puente entre la aorta y la arteria coronaria para mejorar la perfusión sanguínea del corazón.

10. CESAREA

Es una intervención quirúrgica que se realiza a través del abdomen de la gestante para extraer al feto del útero materno.

11. PARTO VAGINAL

Es la culminación del embarazo, donde se produce la salida de un niño del útero materno vía el canal vaginal.

12. PUNTUACIÓN ASA

Es la clasificación que brinda la Sociedad Americana de Anestesiólogos (American Society of Anesthesiologists), califica al paciente que va a ser operado en:

- **Clase 1**: Paciente sano
- **Clase 2:** Paciente con enfermedad sistémica leve
- **Clase 3:** Paciente con enfermedad sistémica severa que limita su actividad pero que no lo incapacita
- **Clase 4:** Paciente con enfermedad sistémica incapacitante que constituye un riesgo de vida constante.
- **Clase 5:** Paciente moribundo que no se espera sobreviva 24 hrs. con o sin cirugía

13. TIEMPO OPERATORIO

Es el tiempo que transcurre desde que se inicia la incisión hasta el cierre de la herida operatoria.

14. INDICE DE RIESGO (Índice NNIS para ISQ)

Describe el grado de complejidad del riesgo que implica una intervención quirúrgica, en su cálculo intervienen tres elementos: La clasificación ASA, el tipo de Herida y el tiempo de duración de la cirugía, y se define como la suma de los valores predeterminados que se da a cada uno de ellos. Asume cuatro valores enteros que van del 0 al 3 puntos (de menor a mayor riesgo).

14. HERIDA LIMPIA (L)

Son las incisiones quirúrgicas no infectadas en las cuales no hay infección y no hay penetración de vías respiratorias, gastrointestinales, genitourinarias o de la cavidad bucofaríngea. Los métodos operatorios son planeados y las incisiones fundamentalmente se cierran y si es necesario se drenan por técnicas cerradas. No hay trasgresión de las técnicas asépticas.

Las incisiones quirúrgicas posteriores a traumatismo abdominales no penetrantes deben ser incluidas en esta categoría, en el entendido de que el método operatorio no incluyó la penetración en las vías gastrointestinales ni genitourinarias. Los beneficios de la profilaxis con antimicrobianos sistémicos no justifican los posibles riesgos vinculados con el uso de antimicrobianos en casi todas la técnicas en que hay incisiones o heridas limpias, dado que el riesgo de infección es pequeño (1 a 2%).

15. HERIDA LIMPIA CONTAMINADA (LC)

En este tipo de incisiones operatorias, se penetra en las vías respiratorias, gastrointestinales o genitourinarias en situaciones controladas y sin contaminación significativa. En la categoría mencionada se incluyen intervenciones en las vías biliares, apéndice, vagina o bucofaringe y cirugía de urgencia o de emergencia como un método por lo demás limpio, a condición de que no hayan signos de infección y no haya transgresiones graves en la técnica aséptica.
La profilaxis se limita a métodos en los cuales ha habido un grado sustancial de contaminación de la herida o incisión. El riesgo global de infección respecto al sitio operatorio es de 3 a 15%.

16. HERIDA CONTAMINADA (C)

Las heridas de este tipo incluyen las abiertas, recientes y accidentales; las incisiones de heridas quirúrgicas en caso que haya graves transgresiones de la técnica aséptica o dispersión profusa de material salido de las vías gastrointestinales, traumatismos penetrantes que tienen menos de 4 horas de ocurrido e incisiones en los cuales se topa el operador con una inflamación aguda purulenta. La cifra calculada de infección en el sitio quirúrgico es de 15%. En los métodos para heridas contaminadas conviene la profilaxis con antimicrobianos en algunos pacientes con inflamación no purulenta aguda circunscrita a una víscera hueca inflamada o "contenida" en su interior (como apendicitis o colecistitis aguda).

17. HERIDA INFECTADA O SUCIA (I)

Las heridas de esta categoría incluyen los traumatismos penetrantes que durado más de 4 horas, heridas en que hay tejido debilitado, retenido y otras que incluyen alguna infección clínica o perforación de vísceras huecas existentes. La definición sugiere que los microorganismos que causaron infección postoperatoria estaban presentes en el campo quirúrgico antes de operar. La cifra calculada de infección en el sitio quirúrgico es de 40%. En procedimientos de heridas sucias o

ANEXO Nº 03

CRITERIOS DE DEFINICION DE CASO

1. INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO ASOCIADA A CATETER URINARIO PERMANENTE.-

Se denomina infección de tracto urinario asociada a catéter urinario permanente a aquélla que se presenta en un paciente que tiene colocado dicho dispositivo o que se presenta hasta siete días después de su retiro

Debe satisfacer al menos uno de los siguientes criterios:

Criterio 1: El paciente tiene al menos uno de los siguientes signos y síntomas sin otra causa reconocida:

Fiebre (>38° C),urgencia, poliaquiuria, disuria o molestias suprapúbicas.
Y
Un urocultivo positivo que es mayor o igual a 100,000 UFC (Unidades formadoras de colonias) por ml de orina con no más de 2 especies de microorganismos

Criterios 2: El paciente tiene al menos dos de los siguientes signos y síntomas sin otra causa reconocida:

Fiebre (>38° C) , urgencia , poliaquiuria , disuria o molestias suprapúbicas.
Y
Al menos uno de lo siguiente:

a) Tira reactiva positiva para esterasa leucocitaria y nitritos en orina.
b) Piuria (muestra de orina con mayor o igual a 10 leucocitos por mm3 o mayor o igual a 3 leucocitos por campo de alto poder en orina no centrifugada).
c) Microorganismos observados en coloración Gram de orina no centrifugada.
d) Al menos dos urocultivos con aislamiento repetido del mismo uropatógeno (bacteria Gram negativa o S. saprophyticus) con mayor o igual a 100 colonias/ml de orina no miccionada.
e) Urocultivo con menor o igual a 100,000 colonias/ml de un solo uropatógeno (bacteria Gram negativa o S. saprophyticus) en un paciente tratado con un antibiótico efectivo para ITU.
f) Diagnóstico médico de infección del tracto urinario.
g) Tratamiento médico apropiado instituido para una infección del tracto urinario.

Criterio 3: Paciente menor o igual a 1 año de edad que tiene al menos uno de los siguientes signos y síntomas sin otra causa reconocida:

Fiebre (> 38°C), hipotermia (< 37°C), apnea, bradicardia, disuria, letargia o vómitos y urocultivo positivo, esto es, mayor o igual a 100,000 UFC(Unidades formadoras de colonias) por ml de orina con no más de 2 especies de microorganismos.

Criterio 4: Paciente menor o igual a un 1 año de edad que tiene al menos uno de los siguientes signos y síntomas sin otra causa reconocida:

Fiebre (> 38°C), hipotermia (< 37°C), apnea, bradicardia, disuria, letargia o vómitos y al menos uno de lo siguiente:

a. Tira reactiva positiva para esterasa leucocitaria y/o nitritos en orina.
b. Piuria (muestra de orina con mayor o igual a 10 leucocitos por mm3 ó mayor o igual a 3 leucocitos por campo de alto poder en orina no centrifugada.
c. Microorganismos observados en coloración Gram de orina no centrifugada.
d. Al menos dos urocultivos con aislamiento repetido del mismo uropatógeno (bacteria Gram negativa o S. saprophyticus) con mayor o igual a 100 colonias/ml de orina no miccionada .
e. Urocultivo con menor o igual 100,000 colonias/ml de un solo uropatógeno (bacteria Gram negativa o S. saprophyticus) en un paciente tratado con un antibiótico efectivo para ITU.
f. Diagnóstico médico de infección del tracto urinario.
g. Tratamiento médico apropiado instituido para una infección del tracto urinario.

Comentario:

1. El cultivo positivo de la punta de una sonda urinaria no es una prueba de laboratorio aceptable para diagnosticar una infección de tracto urinario.
2. La obtención de la muestra de orina para urocultivo debe ser con técnicas aceptables, tales como ser asépticamente obtenida por cateterización, muestra de chorro medio o aspiración suprapúbica.
3. En infantes la muestra de orina para el urocultivo debe ser obtenido por cateterización vesical o aspiración suprapúbica. Un urocultivo positivo de una muestra de la bolsa colectora no es confiable y debe ser confirmada por una muestra asépticamente obtenida por cateterización o aspiración suprapúbica



2. NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILADOR MECANICO

Es la neumonía que se presenta en un paciente que se encuentra intubado y conectado a un ventilador mecánico en el momento que inicia la infección o que se presenta hasta 48 horas después del retiro del ventilador.

Esta infección se manifiesta por sintomatología respiratoria (cambios clínicos), cambios radiográficos (aparición de infiltrados o incremento del mismo), de laboratorio y epidemiológicos, siendo la etiología bacteriana la causa más común de la Neumonía asociada al ventilador mecánico.

CRITERIOS PARA DEFINICIÓN DE NEUMONÍA

Tabla Nº 1.- NEUMONÍA INTRAHOSPITALARIA DEFINIDA CLINICAMENTE

CRITERIO RADIOLÓGICO	SINTOMAS Y SIGNOS / LABORATORIO
En pacientes sin enfermedad pulmonar o cardiaca subyacente (ej. Síndrome de distress respiratorio, displasia broncopulmonar, edema pulmonar, Epoc) se requiere una radiografía de tórax con al menos uno de los siguientes: • Infiltrado nuevo o progresivo y persistente. • Consolidación • Cavitación • Neumatoceles en infantes ≤ 1 año de edad. Nota: en pacientes con enfermedad pulmonar o cardiaca subyacente, se requieren dos o más radiografías de tórax con los hallazgos descritos	Para cualquier paciente al menos uno de los siguientes: • Fiebre (> 38°C) sin otra causa reconocida. • Leucopenia (<4000/mm^3) o leucocitosis (≥12000/mm^3). • Para adultos ≥ 70 años de edad, alteraciones del estado mental sin otra causa reconocida. **Y** Al menos dos de los siguientes: • Aparición de esputo purulento o cambio de las características del esputo o incremento de las secreciones respiratorias o incremento del requerimiento de aspiración. • Aparición o empeoramiento de tos o disnea o taquipnea. • Crepitantes • Deterioro de intercambio gaseoso (desaturaciones de O_2 [ej. $P_aO_2/F_iO_2 \leq 240$] , incremento en requerimientos de O_2 o incremento en la demanda de ventilación
	Criterios alternativos para infantes ≤ 1 año: Empeoramiento del intercambio gaseoso (ej. desaturaciones de oxígeno, incremento de requerimiento de oxígeno o aumento de necesidad de ventilación). **Y** Por lo menos tres de los siguientes: • Temperatura inestable sin otra causa reconocida. • Leucopenia (<4000/mm^3) o leucocitosis (≥15000/mm3)y desviación izquierda (≥.10% de abastonados) • Aparición de esputo purulento, o cambio de las características del esputo o incremento de las secreciones respiratorias o incremento del requerimiento de aspiración. • Apnea, taquipnea, aleteo nasal con tirajes o quejidos. • Sibilantes, crepitantes o roncantes. • Tos. • Bradicardia (< 100 latidos por minuto) o taquicardia (> 170 latidos por minuto)
	Criterios alternativos para niños > 1 año o ≤ 12 años, por lo menos tres de los siguientes: • Fiebre (> 38.4°C) o hipotermia(< 37°C) sin otra causa reconocida. • Leucopenia (<4000/mm^3) o leucocitosis (≥15000/mm^3). • Aparición de esputo purulento, o cambio de las características del esputo o incremento de las secreciones respiratorias o incremento del requerimiento de aspiración. • Aparición o empeoramiento de tos o disnea, apnea o taquipnea. • Crepitantes o roncantes. • Empeoramiento del intercambio gaseoso (ej. desaturaciones de oxígeno (ej. oximetría de pulso < 94%), incremento de requerimiento de oxígeno o aumento de necesidad de ventilación).

Tabla Nº 2.- NEUMONÍA INTRAHOSPITALARIA POR BACTERIAS COMUNES U HONGOS FILAMENTOSOS CON HALLAZGOS DE LABORATORIO ESPECÍFICOS

RADIOLOGÍA	SIGNOS Y SÍNTOMAS	LABORATORIO
En pacientes sin enfermedad pulmonar o cardiaca subyacente (ej. Síndrome de distress respiratorio, displasia broncopulmonar, edema pulmonar, Epoc) se requiere una radiografía de tórax con al menos uno de los siguientes: • Infiltrado nuevo o progresivo y persistente. • Consolidación • Cavitación Nota: en pacientes con enfermedad pulmonar o cardiaca subyacente, se requieren dos o más radiografías de tórax con los hallazgos descritos	Al menos uno de lo siguiente : -Fiebre (>38ºC) sin otra causa reconocida -Leucopenia (<4000/mm^3) o leucocitosis (≥12000/mm^3). -Para adultos ≥ 70 años de edad, alteraciones del estado mental sin otra causa reconocida. **Y** Al menos uno de lo siguiente : • Aparición de esputo purulento o cambio de las características del esputo o incremento de las secreciones respiratorias o incremento del requerimiento de aspiración. • Aparición o empeoramiento de tos o disnea o taquipnea. • Crepitantes -Deterioro de intercambio gaseoso (desaturaciones de O_2 [ej. $P_aO_2/F_iO_2 \leq 240$] , incremento en requerimientos de O_2 o incremento en la demanda de ventilación	Al menos uno de lo siguiente : -Hemocultivo positivo no relacionado a otra fuente de infección. -Cultivo de líquido pleural positivo. -Cultivo cuantitativo positivo de muestra del tracto respiratorio inferior mínimamente contaminada (ej. LBA o cepillado de muestra protegida) -Presencia de bacterias intracelulares al examen microscópico directo (ej. Coloración Gram) en ≥ 5% de células obtenidas por LBA -El examen histopatológico muestra al menos una de las siguientes evidencias de neumonía : -Formación de absceso o focos de consolidación con gran acúmulo de PMN en bronquiolos y alvéolos -Cultivo cuantitativo positivo de parénquima pulmonar -Evidencia de invasión de hifas o seudohifas de hongos en parénquima pulmonar

V°B° Dr. R. Espinoza A. JEFE

Tabla Nº 3. NEUMONÍA INTRAHOSPITALARIA POR VIRUS, LEGIONELLA, CHLAMYDIA, MYCOPLASMA CON HALLAZGOS DE LABORATORIO ESPECÍFICOS

RADIOLOGÍA	SIGNOS Y SÍNTOMAS	LABORATORIO
En pacientes sin enfermedad pulmonar o cardiaca subyacente (ej. Síndrome de distress respiratorio, displasia broncopulmonar, edema pulmonar, Epoc) se requiere una radiografía de tórax con al menos uno de los siguientes: • Infiltrado nuevo o progresivo y persistente. • Consolidación • Cavitación Nota: en pacientes con enfermedad pulmonar o cardiaca subyacente, se requieren dos o más radiografías de tórax con los hallazgos descritos	Al menos uno de lo siguiente : -Fiebre (>38ºC) sin otra causa reconocida -Leucopenia (< 4,000 leu/mm^3) o leucocitosis (≥12,000 leu/mm^3) -Para adultos ≥70 años de edad , estado mental alterado sin otra causa reconocida Y Al menos uno de lo siguiente : -Aparición de esputo purulento o cambio en el carácter del esputo o aumento de secreciones respiratorias o mayor requerimiento de aspiración. -Aparición o empeoramiento de tos o disnea o taquipnea -Crepitantes -Deterioro de intercambio gaseoso (desaturaciones de O_2 [ej. $P_aO_2/F_iO_2 \leq 240$] , incremento en requerimientos de O_2 o incremento en la demanda de ventilación	Al menos uno de lo siguiente : -Cultivo positivo de virus o Chlamydia en secreciones respiratorias -Detección de antígeno o anticuerpo virales en secreciones respiratorias (ej. PCR , EIA) -Incremento al cuádruple de título de IgG en sueros pareados (ej. Influenza , Chlamydia) -PCR positivo para Mycoplasma o Chlamydia -Prueba de micro-IF positiva para Chlamydia -Cultivo positivo o visualización por micro-IF de Legionella sp en secreciones o tejido respiratorios -Detección de antígenos de Legionella pneumophila serogrupo 1 en orina por RIA o EIA -Incremento al cuádruple del título de anticuerpo contra Legionella pneumophila serogrupo 1 a ≥ 1:128 en sueros pareados agudo y convaleciente por IF indirecta

Tabla 4. NEUMONÍA INTRAHOSPITALARIA EN PACIENTES INMUNOCOMPROMETIDOS

RADIOLOGÍA	SIGNOS Y SÍNTOMAS	LABORATORIO
En pacientes sin enfermedad pulmonar o cardiaca subyacente (ej. Síndrome de distress respiratorio, displasia broncopulmonar, edema pulmonar, Epoc) se requiere una radiografía de tórax con al menos uno de los siguientes: • Infiltrado nuevo o progresivo y persistente. • Consolidación • Cavitación Nota: en pacientes con enfermedad pulmonar o cardiaca subyacente, se requieren dos o más radiografías de tórax con los hallazgos descritos	Paciente inmunocomprometido (*) que presenta al menos uno de lo siguiente : -Fiebre (>38ºC) sin otra causa reconocida -Para adultos ≥70 años de edad , estado mental alterado sin otra causa reconocida -Aparición de esputo purulento o cambio en el carácter del esputo o aumento de secreciones respiratorias o mayor requerimiento de aspiración. -Aparición o empeoramiento de tos o disnea o taquipnea -Crepitantes -Deterioro de intercambio gaseoso (desaturaciones de O_2 [ej. $P_aO_2/F_iO_2 \leq 240$] , incremento en requerimientos de O_2 o incremento en la demanda de ventilación -Hemoptisis -Dolor pleurítico	Al menos uno de lo siguiente : -Concordancia en hemocultivo y cultivo de esputo positivos a Candida sp -Evidencia de hongos o Pneumocystis carinii en muestra de tracto respiratorio inferior minimamente contaminada (ej. LBA o cepillado de muestra protegida) en uno de lo siguiente : • Examen microscópico directo • Cultivo positivo a hongos Cualquiera de los criterios de laboratorio para neumonía de las tablas 2 y 3

COMENTARIO:

1. Los cultivos de esputos expectorados no son útiles en el diagnóstico de neumonía pero pueden ayudar a identificar el agente etiológico y proveer datos útiles sobre susceptibilidad antibiótica.

2. Hallazgos en las placas de rayos X de tórax en serie pueden ser más útiles que una placa única.

3. En la tabla Nº 4 el término inmunocomprometido se refiere a pacientes con neutropenia (< de 500 neutrófilos/mm^3), leucemia, linfoma, infección por VIH con recuento de CD4 < a 200/mm^3, esplenectomía, transplantes, pacientes en quimioterapia citotóxica, corticoterapia a altas dosis u otros inmunosupresores de uso diario por un período > 2 semanas (ej. >40 mgr. Prednisona o su equivalente).

3. INFECCIÓN DE TORRENTE SANGUÍNEO ASOCIADA A CATETER VENOSO CENTRAL

Es la infección del torrente sanguíneo que se desarrolla en un paciente que tenía colocado un catéter venoso central en el momento que inicia la infección o lo tuvo dentro de las 48 horas anteriores al inicio de la infección.

Debiendo satisfacer al menos uno de los siguientes criterios:

Infección del Torrente Sanguíneo confirmada por laboratorio

Criterio 1: El paciente tiene un patógeno reconocido en uno o más hemocultivos y el organismo cultivado de la sangre no está relacionado a una infección en otro sitio.

Criterio 2: El paciente tiene al menos uno de los siguientes signos o síntomas:

Fiebre (>38°C), escalofríos o hipotensión, y al menos uno de lo siguiente:

a) Contaminante común de piel (tal como: diphteroides, Bacillus sp , Propionibacterium sp, Estafilococo Coagulasa-negativo, o micrococos) aislado de dos o más hemocultivos obtenidos en ocasiones diferentes.
b) Contaminante común de piel (tal como: diphteroides, Bacillus sp, Propionibacterium sp, Estafilococo Coagulasa-negativo, o micrococos) que es aislado de al menos un hemocultivo en un paciente con catéter intravascular, y con tratamiento antimicrobiano apropiado instituido por el médico.
c) Prueba de antígeno positivo en sangre (ej. Haemophilus influenzae , Streptococcus pneumoniae , neisseria meningitidis o streptococcus grupo B) y los signos y síntomas y los resultados de laboratorio positivos no están relacionados a una infección en otro sitio.

Criterio 3: Paciente ≤ 1 año de edad que tiene al menos uno de los siguientes signos o síntomas:

Fiebre (>38° C), hipotermia (<37°), apnea o bradicardia y presenta al menos uno de lo siguiente:

a) Contaminante común de piel (tal como: diphteroides, Bacillus sp, Propionibacterium sp. Estafilococo Coagulasa-negativo, o micrococos) aislado de dos o más hemocultivos obtenidos en ocasiones diferentes.
b) Contaminante común de piel (tal como: diphteroides. Bacillus sp, Propionibacterium sp. Estafilococo Coagulasa-negativo o micrococos) aislado de al menos un cultivo de sangre de un paciente con catéter intravascular, y con tratamiento antimicrobiano apropiado instituido por el médico.
c) Prueba de antígeno positivo en sangre (ej. Haemophilus influenzae , Streptococcus pneumoniae , neisseria meningitidis o streptococcus grupo B) y los signos y síntomas y los resultados de laboratorio positivos no están relacionados a una infección en otro sitio.

Sepsis Clínica

Definición: La Sepsis Clínica debe satisfacer al menos uno de los siguientes criterios:

Criterio 1: El paciente tiene al menos uno de los siguientes signos o síntomas clínicos sin otra causa reconocida: Fiebre (>38°C), hipotensión (presión sistólica ≤ 90 mm Hg), u oliguria (< 20 ml /hora) y
hemocultivos no realizados o microorganismos o antígeno no detectados en sangre y sin infección aparente en otros sitios y tratamiento médico instituido para sepsis.

Criterio 2 : Paciente ≤ 1 año de edad que tiene al menos uno de los siguientes signos o síntomas clínicos sin otra causa reconocida: Fiebre (>38° C), hipotermia (<37° C), apnea o bradicardia y hemocultivos no realizados o microorganismos o antígeno no detectados en sangre y sin infección aparente en otros sitios y tratamiento médico instituido para sepsis.

4. INFECCIÓN DE SITIO QUIRÚRGICO (ISQ).

4.1. INFECCIÓN DE SITIO DE QURURGICO INCISIONAL SUPERFICIAL(ISQ-SUP)

Definición: Una infección de sitio quirúrgico incisional superficial debe satisfacer los siguientes criterios:
La infección ocurre dentro de los 30 días posteriores al procedimiento quirúrgico y sólo involucra piel y tejido celular subcutáneo de la incisión y el paciente tiene al menos uno de lo siguiente:

a) Drenaje purulento de la incisión superficial.
b) Microorganismos aislados desde cultivos asépticamente obtenidos de fluidos o tejidos de la incisión superficial.
c) Al menos uno de los siguientes signos y síntomas de infección: Dolor o hipersensibilidad, edema localizado, rubor o calor y apertura deliberada de la herida operatoria por el cirujano, a no ser que el cultivo de la incisión sea negativo.
d) Diagnóstico de ISQ-SUP, dado por el cirujano o por el médico que lo atiende.

INSTRUCCIONES PARTICULARES A TENER EN CUENTA:

1. No reportar abscesos de sutura (inflamación mínima y secreción circunscrita a los puntos de penetración de la sutura) como infección.

2. Clasifique las infecciones que involucran tanto los sitios incisional superficial y profundo, como incisional profunda: ISQ-PROF.

4.2. INFECCIÓN DE SITIO QUIRÚRGICO INCISIONAL PROFUNDA (ISQ-PROF)

Definición: Una infección de Sitio Quirúrgico incisional profunda debe satisfacer los siguientes criterios:

La infección ocurre dentro de los 30 días después del procedimiento quirúrgico si no se colocó implantes* o dentro de un año si se colocó implantes y la infección parece estar relacionada al procedimiento quirúrgico y compromete tejidos blandos profundos (capas muscular y fascial) de la incisión y el paciente tiene al menos uno de lo siguiente:

a) Drenaje purulento de la incisión profunda pero no desde el componente órgano / espacio del sitio quirúrgico.
b) Una dehiscencia espontánea de la incisión profunda o abierta deliberadamente por un cirujano cuando el paciente tiene al menos uno de los siguientes signos y síntomas: fiebre (> 38° C), o dolor o hipersensibilidad localizada, a no ser que el cultivo de la incisión sea negativo.
c) En el examen directo durante la reintervención quirúrgica o por examen histopatológico o radiológico, se encuentra un absceso u otra evidencia de infección que compromete la incisión profunda.
d) Diagnóstico de Infección del sitio quirúrgico incisional profundo que es hecho por el cirujano o por el médico que lo atiende.

INSTRUCCIONES PARTICULARES A TENER EN CUENTA

1. Clasifique las infecciones que involucran tanto los sitios incisionales superficial y profunda como ISQ-PROF.

   (*) Un cuerpo extraño implantable no derivado de humano (tal como prótesis de válvulas cardiaca, injerto vascular no humano, corazón mecánico, o prótesis de cadera) que es colocado permanentemente en un paciente durante la cirugía.

4.3. INFECCIÓN DE SITIO QUIRÚRGICO ÓRGANO / ESPACIO (ISQ:O/E)-

Definición: Una Infección de Sitio Quirúrgico Órgano / Espacio compromete cualquier parte del cuerpo, excluyendo las capas de piel, fascia o músculo, que es abierta o manipulada durante el procedimiento de la operación. Los sitios específicos son asignados por el Sitio Quirúrgico Órgano/ espacio Infectado, para posteriormente identificar la localización de la infección. Líneas abajo presentamos una lista de los códigos de los sitios específicos que se utilizan para diferenciar ISQ Órgano / espacio.

Una Infección de Sitio Quirúrgico (Órgano Espacio) debe satisfacer los siguientes criterios:

La infección ocurre dentro de los 30 días después del procedimiento quirúrgico si no se colocó implantes* o dentro de un año si se colocó implante y la infección parece estar relacionada al procedimiento quirúrgico y la infección involucra cualquier parte del cuerpo, excluyendo la incisión de la piel, fascia o capas musculares, que es abierto o manipulado durante el procedimiento de la operación y el paciente tiene al menos uno de lo siguiente:

a) Drenaje purulento que sale por un dren que es colocado por una herida penetrante dentro del órgano / espacio.
b) Organismos aislados desde cultivos asépticamente obtenidos de fluidos o tejidos en el Órgano/ espacio.
c) En al examen directo durante la reoperación o por examen histopatológico o radiológico, se encuentra un absceso u otra evidencia de infección que compromete el órgano / espacio.
d) Diagnóstico de ISQ - órgano / espacio hecho por el cirujano o por el médico que atiende al paciente.

INSTRUCCIONES PARTICULARES A TENER EN CUENTA:

Ocasionalmente una infección del órgano / espacio drena a través de la incisión. Tal infección generalmente no involucra reoperación y es considerada una complicación de la incisión. Por eso, clasifique estas como una ISQ-PROF (Incisional profunda).

5. ENDOMETRITIS.

Para efecto de la vigilancia se considerará la endometritis asociada a parto por cesárea o por vía vaginal, que cumpla los siguientes criterios:

Criterio 1: La paciente tiene organismos cultivados de fluido o tejido del endometrio obtenido durante un acto quirúrgico, por aspiración con aguja o por legrado biópsico.

Criterio 2: La paciente tiene al menos dos de los siguientes signos o síntomas sin otra causa conocida: Fiebre (>38°C), dolor abdominal, hipersensibilidad uterina o drenaje purulento del útero.

INSTRUCCIONES PARTICULARES A TENER EN CUENTA:

Reportar endometritis posparto como una infección nosocomial a menos que el líquido amniótico esté infectado al momento de la admisión o que la paciente fue admitida 48 horas después de la ruptura de membranas.

6. INFECCION DE CUPULA VAGINAL

Se denomina Infección de cúpula vaginal cuando se cumple al menos uno de los siguientes criterios:

Criterio 1: Paciente posthisterectomía, que presenta drenaje purulento de la cúpula vaginal.

Criterio 2 : Paciente posthisterectomía, que presenta un absceso en la cúpula vaginal.

Criterio 3: Paciente posthisterectomía, que presenta patógenos cultivados del fluido o tejido obtenidos de la cúpula vaginal.

7. MEDIASTINITIS

DEFINICIÓN.- La mediastinitis debe cumplir al menos uno de los siguientes criterios:

Criterio 1: El paciente tiene organismos cultivados de tejido mediastinal o fluido obtenido durante una operación quirúrgica o aspirado con aguja.

Criterio 2: El paciente tiene mediastinitis evidenciada durante una operación quirúrgica o en un examen histopatológico

Criterio 3: El paciente tiene al menos uno de los siguientes signos o síntomas sin otra causa reconocida: fiebre (>38°C), dolor torácico o inestabilidad del esternón y al menos uno de lo siguiente:

a. Descarga purulenta del área mediastinal
b. Organismos cultivados de sangre o de descarga mediastinal
c. Ensanchamiento del mediastino en la radiografía

Criterio 4 : Paciente ≤ 1 año de edad tiene al menos uno de los siguientes signos o síntomas sin otra causa reconocida : fiebre (>38°C) , hipotermia (<37°C), apnea, bradicardia o inestabilidad del esternón y al menos uno de lo siguiente :

a. Descarga purulenta del área mediastinal
b. Organismos cultivados de sangre o de descarga mediastinal
c. Ensanchamiento del mediastino en la radiografía

8. MIOCARDITIS O PERICARDITIS

DEFINICIÓN: la miocarditis o la pericarditis deben satisfacer al menos uno de los siguientes criterios :

Criterio 1: El paciente tiene organismos cultivados de tejido pericárdico o de fluido obtenido por aspiración por aguja o durante una operación quirúrgica
Criterio 2: El paciente tiene al menos dos de los siguientes signos o síntomas sin otra causa reconocida: fiebre (>38°C), dolor torácico, pulso paradójico o incremento de la silueta cardiaca y Al menos uno de lo siguiente:

a. EKG anormal compatible con miocarditis o pericarditis
b. Prueba de antígeno positiva en sangre (ej. H.influenzae , S. pneumoniae)
c. Evidencia de miocarditis o pericarditis en examen histológico de tejido cardíaco
d. Elevación al cuádruple del título de anticuerpos específicos con o sin aislamiento de virus en faringe o heces
e. Efusión pericárdica identificada por ecocardiografía , TAC , RMN o angiografía

Criterio 3: Paciente ≤ 1 año de edad tiene al menos dos de los siguientes signos o síntomas sin otra causa reconocida: fiebre (>38°C), hipotermia (<37°C), apnea, bradicardia, pulso paradójico o incremento de la silueta cardiaca y al menos uno de lo siguiente:

a) EKG anormal compatible con miocarditis o pericarditis
b) Prueba de antígeno positiva en sangre (ej. H.influenzae , S. pneumoniae)
c) Evidencia de miocarditis o pericarditis en examen histológico de tejido cardíaco
d) Elevación al cuádruple del título de anticuerpos específicos con o sin aislamiento de virus en faringe o heces
e) Efusión pericárdica identificada por ecocardiografía , TAC , RMN o angiografía



ANEXO N° 04

ESSALUD
OFICINA DE INTELIGENCIA SANITARIA

VIGILANCIA DIARIA DE FACTORES DE RIESGO
PACIENTES ADULTOS Y PEDIATRICOS

RED ASISTENCIAL: **ESTABLECIMIENTO:** **AÑO:**

Cama	Apellidos y Nombres	S.S.	Sexo	Edad	Fecha Ing. Servicio	Factor de Riesgo	DIAS DEL MES 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Dispositivo Dia: Libre de IIH	Dispositivo Dia: Total	N° de IIH
						VM																																			
						CVC																																			
						CUP																																			
						VM																																			
						CVC																																			
						CUP																																			
						VM																																			
						CVC																																			
						CUP																																			
						VM																																			
						CVC																																			
						CUP																																			
						VM																																			
						CVC																																			
						CUP																																			
						VM																																			
						CVC																																			
						CUP																																			
						VM																																			
						CVC																																			
						CUP																																			
						VM																																			
						CVC																																			
						CUP																																			
						VM																																			
						CVC																																			
						CUP																																			
					TOTAL	VM																																		
						CVC																																			
						CU																																			

N° PACIENTES - DIA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	TOTAL PAC.-DIA

VM —
CVC X
CU ⊙

Marcar con el símbolo y color de lapicero correspondiente al día de exposición de riesgo al factor de riesgo.
Cuando se presente la infección se marcará con un resaltador amarillo.

Firma del responsable

OFICINA DE PLANEAMIENTO E INTELIGENCIA SANITARIA
Dr. R. Espinoza A.
JEFE
UCC-GCPS-ESSALUD

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO PARA VIGILANCIA DIARIA DE FACTOR DE RIESGO PACIENTES ADULTOS Y PEDIATRICOS

Red Asistencial: Nombre de la red a la que pertenece el hospital donde se realiza la vigilancia

Establecimiento: Nombre del centro asistencial donde se realiza la vigilancia.

Servicio: Nombre del servicio donde se realiza la vigilancia.

Mes: Nombre del mes en que se realiza la vigilancia.

Año: Año en que se realiza la vigilancia.

Cama: Número de la cama que corresponde al paciente vigilado.

Apellidos y Nombres: Apellidos y nombres del paciente vigilado.

S.S.: Autogenerado correspondiente al paciente

Sexo: Sexo del paciente: masculino (M) y femenino (F).

Edad: Edad del paciente en años.

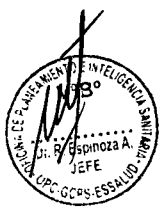
Fecha Ing. Servicio: Fecha de ingreso del paciente al servicio donde se realiza la vigilancia.

Factor Riesgo.: Relación de los factores de riesgo que se vigilan:
VM (Ventilador Mecánico)
CVC (Catéter Venoso Central)
CUP (Catéter Urinario Permanente)

Días: Para cada factor de riesgo marcar los días de exposición usando los símbolos y color de lapicero establecidos:

VM	—	(rojo)
CVC	X	(negro)
CUP	•	(azul)

Cuando se presente una infección intrahospitalaria, marcar con resaltador amarillo los días que dure ésta.



Dispositivo-día:
Libre de IIH: Total de días de exposición libre de IIH(Total de símbolos no marcados con resaltador) por factor de riesgo en cada paciente. Para este recuento, no se considera los días de exposición al dispositivo correspondiente al período en que dura la infección.
Total: Número total de días de exposición del factor de riesgo (Incluye todos los días de exposición a dispositivos, este presente o no la IIH).

N° de IIH: Total de IIH que tuvo el paciente relacionado al factor de riesgo que se vigila.

TOTAL: Sumatoria de días de exposición por cada factor de riesgo (columna izquierda) y sumatoria de casos de infección correspondiente a cada factor de riesgo (columna derecha).

Valores totales registrados en el mes, sumando verticalmente los valores registrados en las columnas de días de exposición y N° de infecciones.



N° Pacientes - día: Escribir cada día del mes, el total de pacientes-día correspondientes al servicio vigilado.

TOTAL PAC - DIA: Sumatoria de todos los valores pacientes día obtenidos diariamente

ANEXO N° 05

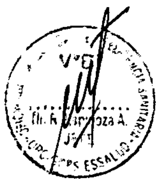
ESSALUD
OFICINA DE INTELIGENCIA SANITARIA

VIGILANCIA DIARIA DE FACTORES DE RIESGO
NEONATOLOGIA (UVI, UCI, UCIN)

RED ASISTENCIAL: **ESTABLECIMIENTO:** **SERVICIO:**

MES: **AÑO:**

Apellidos	S.S.	Sexo	Edad	Peso al nacer	Fecha Ing. Servicio	Factor de Riesgo	DIAS DEL MES																															Dispositivo Día		N° de IIH
							1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Libre de IIH	Total	
						VM																																		
						CVC																																		
						VM																																		
						CVC																																		
						VM																																		
						CVC																																		
						VM																																		
						CVC																																		
						VM																																		
						CVC																																		
						VM																																		
						CVC																																		
						VM																																		
						CVC																																		
						VM																																		
						CVC																																		
						VM																																		
						CVC																																		
						VM																																		
						CVC																																		
																																				TOTAL	VM			
																																					CVC			



N° PACIENTES - DIA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	TOTAL PAC.-DIA

VM ——
CVC X

Marcar con el símbolo y color de lapicero correspondiente al día de exposición de riesgo al factor de riesgo.
Cuando se presente la infección se marcará con un resaltador amarillo.

Firma del responsable

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO PARA VIGILANCIA DIARIA DE FACTOR DE RIESGO NEONATOLOGÍA (UVI, UCI, UCIN)

Red Asistencial: Nombre de la red a la que pertenece el hospital donde se realiza la vigilancia.

Establecimiento: Nombre del centro asistencial donde se realiza la vigilancia.

Servicio: Nombre del servicio donde se realiza la vigilancia.

Mes: Nombre del mes en que se realiza la vigilancia.

Año: Año en que se realiza la vigilancia.

Apellidos: Apellido del paciente vigilado.

S.S.: Autogenerado correspondiente al paciente

Sexo: Sexo del paciente: masculino (M) y femenino (F).

Edad: Edad del paciente: días (d) meses (m).

Peso al nacer: Peso exacto en gramos del recién nacido.

Fecha Ing. Servicio: Fecha de ingreso del paciente al servicio donde se realiza la vigilancia.

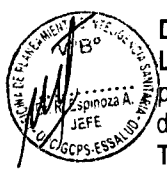
Factor Riesgo.: Relación de los factores de riesgo que se vigilan:

VM (Ventilador Mecánico)
CVC (Catéter Venoso Central)

Días: Para cada factor de riesgo marcar los días de exposición usando los símbolos y color de lapicero establecidos:

VM — (rojo)
CVC X (negro)

Cuando se presente una infección intrahospitalaria, marcar con resaltador amarillo los días que dure ésta.



Dispositivo-día:
Libre de IIH: Total de días de exposición libre de IIH (Total de símbolos no marcados con resaltador) por factor de riesgo en cada paciente. Para este recuento, no se considera los días de exposición al dispositivo correspondiente al periodo en que dura la infección.
Total: Número total de días de exposición del factor de riesgo (Incluye todos los días de exposición a dispositivos, este presente o no la IIH).
Nº de IIH: Total de IIH que tuvo el paciente relacionado al factor de riesgo que se vigila.

TOTAL: Sumatoria de días de exposición por cada factor de riesgo (columna izquierda) y sumatoria de casos de infección correspondiente a cada factor de riesgo (columna derecha).

Valores totales registrados en el mes, sumando verticalmente los valores registrados en las columnas de días de exposición y N° de infecciones.

N° Pacientes - día: Escribir cada día del mes, el total de pacientes-día correspondientes al servicio vigilado.

TOTAL PAC - DIA: Sumatoria de todos los valores pacientes día obtenidos diariamente

ANEXO N° 06

ESSALUD
OFICINA DE INTELIGENCIA SANITARIA

VIGILANCIA DE FACTOR DE RIESGO PARA INFECCION DE SITIO QUIRURGICO (ISQ)

RED ASISTENCIAL: ESTABLECIMIENTO: SERVICIO:

FACTOR DE RIESGO: Mes: Año:

N°	Apellidos y nombres	S.S.	ASA	Tipo de herida	Duración de Cirugía	Cirugía de emergencia	Fecha de cirugía	Fecha de infección
1							/ /	/ /
2							/ /	/ /
3							/ /	/ /
4							/ /	/ /
5							/ /	/ /
6							/ /	/ /
7							/ /	/ /
8							/ /	/ /
9							/ /	/ /
10							/ /	/ /
11							/ /	/ /
12							/ /	/ /

V°B°
Dr. R. ESPINOZA A.
JEFE

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO PARA VIGILANCIA DE FACTOR DE RIESGO PARA INFECCION DE SITIO QUIRURGICO (ISQ)

Red Asistencial: Nombre de la red a la que pertenece el hospital donde se realiza la vigilancia.

Establecimiento: Nombre del centro asistencial donde se realiza la vigilancia.

Servicio: Nombre del servicio donde se realiza la vigilancia

Factor de riesgo: Factor de riesgo (Intervención quirúrgica) que se va a vigilar.

Mes: Nombre del mes en que se realiza la vigilancia.

Año: Año en que se realiza la vigilancia.

Apellidos y Nombres: Apellidos y nombres del paciente vigilado.

S.S.: Autogenerado correspondiente al paciente

ASA: Clasificación ASA, la cual se encuentra en la hoja de anestesia.
Anexo 23: definición

Tipo de Herida: Escribir según corresponda el tipo de herida:

- Limpia (L)
- Limpia Contaminada (LC)
- Contaminada (C)
- Infectada o Sucia (I)

Anexo 23: definiciones.

Duración de la Cirugía: Tiempo que dura la cirugía en horas y minutos.

Cirugía de emergencia: Fue emergencia (S), no fue emergencia (N).

Fecha de Cirugía: Fecha en que se realizó la intervención quirúrgica (dd/mm/aa)

Fecha de infección: Fecha en que se inicia la infección (dd/mm/aa)

CÁLCULO DEL ÍNDICE DE RIESGO PARA INFECCIÓN DE SITIO QUIRÚRGICO

El índice de riesgo para infección de sitio quirúrgico se obtiene de la suma de las siguientes tres variables:

1. DURACIÓN DE LA OPERACIÓN: si es mayor a horas *t* (lo cual equivale al percentil 75 de la duración de la operación determinada) vale 1 punto. Si es menor a horas *t* vale 0 puntos.

Operación	Horas *t*
Hernioplastía	2 horas
Colecistectomía	2 horas
Cesárea	1 hora
Histerectomía	2 horas
Toracotomía	

2. CLASE DE HERIDA: Si la herida es contaminada o sucia - infectada vale 1 punto . Si es limpia o limpia contaminada vale 0 puntos.

3. CLASE ASA: Si es 3, 4 ó 5 , vale 1 punto . Si es 1 ó 2 , vale 0 puntos.

Así, los valores del índice de riesgo para ISQ pueden ser: 0 , 1 , 2 ó 3

CLASIFICACIÓN ASA

1 : Paciente "sano" , sin otros problemas médicos .
2 : Paciente con enfermedad sistémica leve
3 : Paciente con enfermedad sistémica severa , pero no incapacitante
4 : Paciente con enfermedad sistémica severa que una constante amenaza para la vida
5 : Paciente moribundo que no se espera sobreviva 24 horas con o sin cirugía

CLASIFICACIÓN DE HERIDA QUIRÚRGICA

LIMPIA: No infectada, no inflamada y no se abren los tractos respiratorio, digestivo, genital o urinario no infectado. Las heridas quirúrgicas incisionales después de un trauma cerrado se incluyen si satisfacen estos criterios.

LIMPIA CONTAMINADA: herida quirúrgica en la cual se abren los tractos respiratorio, digestivo, genital o urinario bajo condiciones controladas y sin contaminación inusual. Incluye operaciones de tracto biliar, apéndice, vagina y orofaringe siempre y cuando no haya evidencia de infección o un quiebre mayor de la técnica.

CONTAMINADA: incluye heridas abiertas, frescas, accidentales. Incluye también quiebres en la técnica estéril (ej. Masaje cardíaco abierto) o drenaje grosero de tracto gastrointestinal e incisiones en las cuales se encuentre inflamación aguda no purulenta.

SUCIA O INFECTADA: Incluye heridas traumáticas no recientes con tejido desvitalizado o retenido y aquellas que involucran infección clínica existente o víscera perforada., sugiere que los microorganismos estaban presentes en el campo operatorio antes de la operación.

FACTOR DE RIESGO	PUNTOS (PARA INDICE DE RIESGO DE ISQ)
CLASE DE HERIDA	
Limpia o limpia-contaminada	0
Contaminada o sucia-infectada	1
CLASE ASA	
1 ó 2	0
3 , 4 ó 5	1
DURACIÓN DE LA OPERACIÓN	
< horas t	0
> horas t	1

ANEXO N° 07

EsSalud
Oficina de Inteligencia Sanitaria

FICHA DE NOTIICACION DE INFECCION INTRAHOSPITALARIA

1.- DATOS GENERALES

Red Asistencial	Hospital	Servicio	Fecha de notificación

2.-DATOS DEL PACIENTE

Apellidos y Nombres:	Autogenerado	Edad	Sexo		Tipo Usuario	Reingreso	
			F	M		SI	NO

Fecha de ingreso al hospital	Diagnóstico de ingreso al hospital	CIE 10
	1	
	2	
	3	

Si es Neonato registrar los siguientes datos:

Tipo de Parto		Edad gestacional	Peso al nacer
Vaginal	Cesárea		

3.- DATOS DE LA INFECCIÓN INTRAHOSPITALARIA

Fecha de ingreso al servicio	Fecha inicio de IIH	Nombre descriptivo	CIE 10

Cultivo		ITS Secundaria		Parto vaginal	
SI	NO	SI	NO	SI	NO

Si la infección que se reporta es de Sitio Quirúrgico (ISQ), registrar los siguientes datos:

4- DATOS DE CIRUGÍA Y ANESTESIA

Nombre de la Cirugía	Tipo de Cirugía		Fecha de la Cirugía	Duración de Cirugía	Tipo de Herida				
	Emergencia	Electiva			L	LC	C	I	NC

Clasificación ASA					Tipo de Anestesia		Implante		Nombre del cirujano
1	2	3	4	5	GENERAL	REGIONAL	SI	NO	

5- CONDICION DE EGRESO

Vivo	Fallecido

Indice de riesgo-ISQ

OBSERVACIONES:

FIRMA Y SELLO

DATOS DE MICROBIOLOGÍA

Muestra cultivada:

Sangre ( ) **Esputo ( )** **Orina ( )**

Otros: .....

Resultado: **Positivo ( )** **Negativo ( )**

Antibiótico	Nombre del Germen y Fecha de toma de muestra			
	Germen 1:	Germen 2:	Germen 3:	Antibiótico en uso
	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:
Acido Nalidixico				
Amicacina				
Amoxicilina/ Ac.Clavulánico				
Ampicilina				
Ampicilina / Sulbactam				
Aztreonam				
Cefaclor				
Cefalotina				
Cefazolina				
Cefepima				
Cefuroxima				
Cefotaxima				
Cefoxitina				
Ceftazidima				
Ceftriaxona				
Ciprofloxacina				
Clindamicina				
Cloranfenicol				
Eritromicina				
Gentamicina				
Imipenem				
Levofloxacina				
Meropenem				
Nitrofurantoina				
Norfloxacina				
Ofloxacina				
Oxacilina				
Penicilina				
Piperacilina/Tazobactam				
Rifampicina				
Tetraciclina				
Ticarcilina/Ac.Clavulánico				
Trimetropim/Sulfametoxazol				
Trovafloxacina				
Vancomicina				

INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA FICHA PARA NOTIFICACION DE INFECCION INTRAHOSPITALARIA

1. DATOS GENERALES

- Red Asistencial: Nombre de la red a la que pertenece el hospital en el que se está registrando la complicación.
- Establecimiento: Nombre del centro asistencial en el que se esta registrando la infección.
- Servicio: Nombre del lugar donde se produjo la infección.
- Fecha de notificación: Fecha (dd/mm/aa) en que se realiza el registro de la complicación identificada.

2. DATOS DEL PACIENTE

- Apellidos y Nombres: Apellidos y nombres (en ese orden) del paciente que presenta la infección intrahospitalaria, la cual será tomada de la historia clínica o en su defecto de la hoja de ingreso a emergencia o de la hoja de filiación.
- Autogenerado: Esta información será tomada al igual que el item anterior.
- Edad: El registro se tomará de la historia clínica, con las siguientes consideraciones:
  Días: Registrar en días, cuando el paciente tenga de 1 a 28 días de nacido.
  Meses: Registrar en meses cuando el paciente tenga de 29 días a 11 meses 29 días de nacido.
  Años: Registrar a partir del año cumplido.
- Sexo: Marcar con un aspa (X): "M" si el paciente es masculino o "F" si es femenino.
- Tipo de Usuario: Escribir el número que corresponda:

01-Obligatorio	17- Acción cívica
02-Facultativo independiente	18- Ley de emergencia
03-Facultativo continuador	19- Construcción civil
04-Servicio del hogar	20- Pro-joven
05-Ama de casa	21- Magisterio
06-Sector agrario	22-Trabajador de EsSalud
07-Pensionista	23- Concubino
08-Cónyuge	24- Gestante
09-Hijo	25- Bombero
10-Hijo incapacitado	26- Héroes del Cenepa
11-Fopacef	27- Varios
12-No asegurado	30-Seguro escolar
13-Orfandad	35-Seguro universitario
14-Invalidez	40- Seguro potestativo
15-Chofer profesional	41- Seguro personal
16-Viudez	42- Seguro familiar

- Reingreso:
  Se marcará con un aspa(X) en la palabra SI, cuando el paciente vuelve a ingresar al centro asistencial por la patología, o cuadro clínico motivo de la estancia anterior y NO cuando dicha condición no se cumple.
- Fecha de ingreso al hospital: Registrar la última fecha (dd/mm/aa) de ingreso del paciente al hospital.

- Diagnóstico de ingreso al hospital: Escribir el diagnóstico principal motivo del ingreso del paciente al hospital y la co morbilidad si la hubiera, con su correspondiente CIE-10.
- Tipo de parto: Marcar con un aspa (X) en Vaginal si fue parto vaginal o Cesárea si fue parto por cesárea.
- Edad gestacional: Escribir en semanas la edad gestacional correspondiente.
- Peso al nacer: Escribir el peso exacto en gramos del recién nacido.

3. DATOS DE LA INFECCIÓN INTRAHOSPITALARIA

- Fecha de ingreso al servicio: Escribir la fecha de ingreso del paciente al servicio donde se produjo la complicación.
- Fecha de inicio de IIH: Escribir la fecha (dd/mm/aa) de inicio de la infección.
- Nombre descriptivo: Escribir el nombre de la infección intrahospitalaria identificada.
- CIE 10: Escribir el código CIE correspondiente a la complicación identificada.
- Cultivo: Marcar con un aspa (X) SI cuando se realizo cultivo, NO cuando no se realizó el cultivo.
- ITS secundaria: Marcar con un aspa (X) "SI", cuando existiera una Infección del Torrente Sanguíneo(ITS) como consecuencia de la IIH y "NO" cuando no se presentara una ITS como consecuencia de la IIH.
- Parto Vaginal: Marcar con un aspa (X) SI, cuando fue un parto vaginal y NO cuando no fue un parto vaginal

4. DATOS DE CIRUGÍA Y ANESTESIA

- Nombre de la Cirugía: Escribir el nombre de la intervención quirúrgica realizada.
- Tipo de cirugía: Marcar con una aspa(X), Emergencia si la cirugía es de emergencia o Electiva si la cirugía es programada.
- Fecha de la cirugía: Colocar la fecha (dd/mm/aa) de la intervención quirúrgica.
- Duración de cirugía: Colocar la duración de la intervención quirúrgica en horas y minutos.
- Tipo de herida: Marcar con una aspa (X) "L" si es una herida limpia, "LC" si es una herida limpia contaminada, "C" si es una herida contaminada, "I" si es una herida infectada y "NC" cuando no es conocida.
- Clasificación ASA: Marcar con una aspa (X) el número que corresponda(1,2,3,4,5) de acuerdo a la Asociación Americana de Anestesiología (se tomará de la hoja del reporte de anestesia):

    1. Paciente en estado saludable.
    2. Paciente con una moderada enfermedad sistémica. Ejm: Hipertensión arterial, diabetes moderada sin daño terminal de un órgano.
    3. Paciente con severa enfermedad sistémica que no es incapacitante.
    4. Paciente con enfermedad incapacitante que es una constante amenaza para la vida.
    5. Paciente moribundo quien no es esperado que viva 24 horas con o sin cirugía. Ejm: Ruptura de aneurisma de aorta, embolismo pulmonar masivo.

- Tipo de Anestesia: Marcar con un aspa(X), sobre la palabra: General o Regional, según corresponda el tipo de anestesia.
- Implante: Marcar con un aspa (X) sobre la palabra SI o NO según corresponda un implante.

- Nombre del Cirujano: Colocar el nombre y apellido del cirujano principal que realiza la intervención quirúrgica.

5. CONDICIÓN DE EGRESO:

Marcar con un aspa (X) Vivo o Fallecido, según corresponda al egreso.

Observaciones: Escribir comentarios complementarios a la vigilancia, de valor epidemiológico.
Firma y sello: El personal que notifica la infección intrahospitalaria firmará y sellará la ficha.

INSTRUCTIVO DE LENADO DE LOS DATOS DE MICROBIOLOGIA

Muestras cultivadas: Marcar con un aspa (X) según corresponda el tipo de cultivo o describir en "otros", cuando se tratara de otro tipo de muestra que no se encontrara descrito.

Resultados: Marcar con un aspa(X) según corresponda el resultado de laboratorio: Positivo o Negativo.

Nombre del Germen y Fecha de toma de muestra: Escribir el nombre del patógeno identificado en el cultivo realizado: Germen 1, Germen 2, Germen 3 y colocar la fecha (dd/mm/aa) en que se realizó la toma de muestra.

Antibiótico: Los patógenos identificados se relacionaran con el antibiótico al cual son sensibles de acuerdo al antibiograma, escribiendo "R" cuando son resistentes, "S" cuando son sensibles e "I" cuando son de sensibilidad Intermedia.

ANEXO N° 08

EsSalud
Oficina de Inteligencia Sanitaria

INCIDENCIA DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS SEGÚN FACTOR DE RIESGO NEONATOLOGIA (UVI, UCI, UCIN)

RED ASISTENCIAL:_____
ESTABLECIMIENTO:_____

SERVICIO: _____ MES:_____
AÑO:_____

FACTOR DE RIESGO Y PESO DEL RECIEN NACIDO	IIH	N° IIH	Dispositivos-día	TASA por 1000 Dispositivo-días	Pacientes-día	Dispositivo día (Total)	RUD
Catéter venoso central(CVC-CU) ≤ 1000gr	ITS						
Catéter venoso central(CVC-CU) 1001-1500gr	ITS						
Catéter venoso central(CVC-CU) 1501-2500gr	ITS						
Catéter venoso central(CVC-CU) > 2500gr	ITS						
TOTAL	ITS						
Ventilador Mecánico (VM) ≤ 1000 gr	NEUMONIA						
Ventilador Mecánico (VM) 1001-1500 gr	NEUMONIA						
Ventilador Mecánico (VM) 1501-2500 gr	NEUMONIA						
Ventilador Mecánico (VM) > 2500 gr	NEUMONIA						
TOTAL	NEUMONIA						

V°B°
R. Espinoza A.
JEFE
OCPS-ESSALUD

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL FORMATO DE LA INCIDENCIA DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS SEGÚN FACTOR DE RIESGO–NEONATOLOGIA (UVI,UCI, UCIN)

Red Asistencial: Nombre de la red a la que pertenece el hospital donde se realiza la vigilancia.

Establecimiento: Nombre del centro asistencial donde se realiza la vigilancia.

Servicio: Nombre del servicio donde se realiza la vigilancia (UVI, UCI ó UCIN).

Mes: Nombre del mes en que se realiza la vigilancia.

Año: Año en que se realiza la vigilancia.

IIH: ITS (Infección del Torrente Sanguíneo) y Neumonías.

Nº de IIH: Total de casos de ITS y Neumonía identificadas según corresponda el factor de riesgo y el intervalo de peso al nacer.

Dispositivos-día: Total de dispositivo-días libres de infección intrahospitalaria de acuerdo al dispositivo (CVC, CU ó VM) y al intervalo de peso al nacer.

Tasa por 1000 dispositivo-días: Indicador que se calcula dividiendo el n° de IIH asociadas a un determinado dispositivo entre el Nº de dispositivo-días, el cociente se multiplica por 1000. Expresar según intervalo de peso al nacer y el correspondiente al total por cada dispositivo.

Pacientes-día: Total de paciente-días que generan los hospitalizados en el servicio que se está vigilando en el mes correspondiente.

Dispositivo-día (Total): Número total de días de exposición del factor de riesgo (Incluye todos los días de exposición a dispositivos, este presente o no la IIH).

Razón de utilización de dispositivo (RUD): Indicador que tiene como numerador a Dispositivo-día (Total) correspondiente a un determinado dispositivo y como denominador al número de pacientes-día.

ANEXO N° 09

EsSalud
Oficina de Inteligencia Sanitaria

INCIDENCIA DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS SEGÚN FACTOR DE RIESGO PEDIATRIA (UVI, UCI, UCIN)

RED ASISTENCIAL:_____
ESTABLECIMIENTO:_____

SERVICIO: _____ MES:_____
AÑO:_____

FACTOR DE RIESGO	IIH	N° IIH	Dispositivos-día	TASA por 1000 Días Exposición	Pacientes-día	Dispositivo día (Total)	RUD
Catéter venoso central(CVC)	ITS						
Catéter Urinario Permanente (CUP)	ITU						
Ventilador Mecánico(VM)	NEUMONIA						

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL FORMATO DE INCIDENCIA DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS SEGÚN FACTOR DE RIESGO – PEDIATRIA (UVI,UCI, UCIN)

Red Asistencial: Nombre de la red a la que pertenece el hospital donde se realiza la vigilancia.
Establecimiento: Nombre del centro asistencial donde se realiza la vigilancia.
Servicio: Nombre del servicio donde se realiza la vigilancia (UVI, UCI ó UCIN).
Mes: Nombre del mes en que se realiza la vigilancia.
Año: Año en que se realiza la vigilancia.
Factor de riesgo: En este ítem, ya se encuentra descrito los factores de riesgo (CVC, CUP y VM) que se vigilan.
IIH: ITS(Infección del Torrente Sanguíneo) , ITU y Neumonía.
N° de IIH: Total de casos de ITS, ITU y Neumonía identificadas según corresponda el factor de riesgo
Dispositivos-días: Total de dispositivos-día libres de infección intrahospitalaria de acuerdo al dispositivo (CVC, CUP y VM)
Tasa por 1000 dispositivos-día: Indicador que se calcula dividiendo el n° de IIH asociadas a un determinado dispositivo entre el n° de dispositivo-días, el cociente se multiplica por 1000.
Pacientes-día: Total de paciente-días que generan los hospitalizados en el servicio que se está vigilando en el mes correspondiente.
Dispositivo-día (Total): Número total de días de exposición del factor de riesgo (Incluye todos los días de exposición a dispositivos, este presente o no la IIH).
Razón de utilización de dispositivo (RUD): Indicador que tiene como numerador a Dispositivo-día (Total) correspondiente a un determinado dispositivo y como denominador al número de pacientes-día.

Dr. R. Espinoza A.
JEFE

ANEXO N° 10

EsSalud
Oficina de Inteligencia Sanitaria

INCIDENCIA DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS SEGÚN FACTOR DE RIESGO PACIENTES ADULTOS (UVI, UCI, UCIN)

RED ASISTENCIAL:_____
ESTABLECIMIENTO:_____

SERVICIO: _____ MES:_____
AÑO:_____

FACTOR DE RIESGO	IIH	N° IIH	Dispositivo-día	TASA por 1000 Días Exposición	Pacientes-día	Dispositivo día (Total)	RUD
Catéter venoso central(CVC)	ITS						
Ventilador Mecánico(VM)	NEUMONIA						
Catéter Urinario Permanente(CUP)	ITU						

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL FORMATO DE LA INCIDENCIA DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS SEGÚN FACTOR DE RIESGO– PACIENTES ADULTOS (UVI,UCI, UCIN)

Red Asistencial: Nombre de la red a la que pertenece el hospital donde se realiza la vigilancia.
Establecimiento: Nombre del centro asistencial donde se realiza la vigilancia.
Servicio: Nombre del servicio donde se realiza la vigilancia (UVI, UCI ó UCIN).
Mes: Nombre del mes en que se realiza la vigilancia.
Año: Año en que se realiza la vigilancia.
Factor de riesgo: En este ítem, ya se encuentra descrito los factores de riesgo (CVC, CUP y VM) que se vigilan.
IIH: ITS(Infección del Torrente Sanguíneo) , ITU y Neumonía.
N° de IIH: Total de casos de ITS, ITU y Neumonía identificadas según corresponda el factor de riesgo
Dispositivos-día: Total de dispositivo-días libres de infección intrahospitalaria de acuerdo al dispositivo (CVC, CUP y VM)
Tasa por 1000 dispositivos-día : Indicador que se calcula dividiendo el n° de IIH asociadas a un determinado dispositivo entre el n° de dispositivos-día , el cociente se multiplica por 1000.
Pacientes-día: Total de pacientes-día que generan los hospitalizados en el servicio que se está vigilando en el mes correspondiente.
Dispositivo-día (Total): Número total de días de exposición del factor de riesgo (Incluye todos los días de exposición a dispositivos, este presente o no la IIH).
Razón de utilización de dispositivo (RUD): Indicador que tiene como numerador a Dispositivo-día (Total) correspondiente a un determinado dispositivo y como denominador al número de pacientes-día.

ANEXO N° 11

EsSalud
Oficina de Inteligencia Sanitaria

INCIDENCIA DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS SEGÚN FACTOR DE RIESGO - MEDICINA

RED ASISTENCIAL:_____
ESTABLECIMIENTO:_____

SERVICIO: _____ MES:_____
AÑO:_____

FACTOR DE RIESGO	IIH	N° IIH	Dispositivo-día	TASA por 1000 Días Exposición	Pacientes-día	Dispositivo día (Total	RUD
Catéter Urinario Permanente(CUP)	ITU						

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL FORMATO DE INCIDENCIA DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS SEGÚN FACTOR DE RIESGO – MEDICINA

Red Asistencial: Nombre de la red a la que pertenece el hospital donde se realiza la vigilancia.
Establecimiento: Nombre del centro asistencial donde se realiza la vigilancia.
Servicio: Nombre del servicio donde se realiza la vigilancia.
Mes: Nombre del mes en que se realiza la vigilancia.
Año: Año en que se realiza la vigilancia.
Factor de riesgo: En este ítem, ya se encuentra descrito el factor de riesgo (CUP) que se vigila.
IIH: ITU.
N° de IIH: Total de casos de ITU.
Dispositivos-día: Total de dispositivos-día libres de infección intrahospitalaria de acuerdo al dispositivo (CUP)
Tasa por 1000 dispositivo-días: Indicador que se calcula dividiendo el N° de IIH asociadas a un determinado dispositivo entre el N° de dispositivo-días, el cociente se multiplica por 1000.
Pacientes-día: Total de pacientes-día que generan los hospitalizados en el servicio que se está vigilando en el mes correspondiente.
Dispositivo-día (Total): Número total de días de exposición del factor de riesgo (Incluye todos los días de exposición al dispositivo, este presente o no la IIH).
Razón de utilización de dispositivo (RUD): Indicador que tiene como numerador a Dispositivo-día (Total) correspondiente a un determinado dispositivo y como denominador al número de pacientes-día.

ANEXO N° 12

EsSalud
Oficina de Inteligencia Sanitaria

INCIDENCIA DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS SEGÚN FACTOR DE RIESGO CIRUGIA ADULTOS

RED ASISTENCIAL:_____
ESTABLECIMIENTO:_____

SERVICIO: _____ MES:_____
AÑO:_____

FACTOR DE RIESGO	INDICE DE RIESGO	IIH	N° ISQ	N° Cirugías	Incidencia acumulada (x100)
Colecistectomía por Laparoscopía	RIESGO 0	ISQ			
	RIESGO 1	ISQ			
	RIESGO 2	ISQ			
	RIESGO 3	ISQ			
	TOTAL	ISQ			
Colecistectomía por Laparatomía	RIESGO 0	ISQ			
	RIESGO 1	ISQ			
	RIESGO 2	ISQ			
	RIESGO 3	ISQ			
	TOTAL	ISQ			
Hernioplastía Laparosccópica	RIESGO 0	ISQ			
	RIESGO 1	ISQ			
	RIESGO 2	ISQ			
	RIESGO 3	ISQ			
	TOTAL	ISQ			
Hernioplastía por Laparatomía	RIESGO 0	ISQ			
	RIESGO 1	ISQ			
	RIESGO 2	ISQ			
	RIESGO 3	ISQ			
	TOTAL	ISQ			

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL REPORTE DE INCIDENCIA DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS SEGÚN FACTOR DE RIESGO – CIRUGIA ADULTOS

Red Asistencial: Nombre de la red a la que pertenece el hospital donde se realiza la vigilancia.
Establecimiento: Nombre del centro asistencial donde se realiza la vigilancia.
Servicio: Nombre del servicio donde se realiza la vigilancia.
Mes: Nombre del mes en que se realiza la vigilancia.
Año: Año en que se realiza la vigilancia.
N° ISQ: Número de las ISQ estratificadas por índice de riesgo.
N° Cirugías: Número de cirugías estratificadas por índice de riesgo.
Incidencia acumulada(x100): Es un indicador que se calcula dividiendo el N° de ISQ entre el N° de cirugías y el cociente se multiplica por 100.



ANEXO N° 13

EsSalud
Oficina de Inteligencia Sanitaria

INCIDENCIA DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS SEGÚN FACTOR DE RIESGO CIRUGIA PEDIATRICA

RED ASISTENCIAL:_____
ESTABLECIMIENTO:_____

SERVICIO: _____ MES:_____
AÑO:_____

FACTOR DE RIESGO	INDICE DE RIESGO	IIH	N° ISQ	N° Cirugías	Incidencia acumulada (x100)
Hernioplastía Laparosccópica	RIESGO 0	ISQ			
	RIESGO 1	ISQ			
	RIESGO 2	ISQ			
	RIESGO 3	ISQ			
	TOTAL	ISQ			
Hernioplastía por Laparotomía	RIESGO 0	ISQ			
	RIESGO 1	ISQ			
	RIESGO 2	ISQ			
	RIESGO 3	ISQ			
	TOTAL	ISQ			

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL FORMATO DE INCIDENCIA DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS SEGÚN FACTOR DE RIESGO – CIRUGIA PEDIATRICA

Red Asistencial: Nombre de la red a la que pertenece el hospital donde se realiza la vigilancia.
Establecimiento: Nombre del centro asistencial donde se realiza la vigilancia.
Servicio: Nombre del servicio donde se realiza la vigilancia.
Mes: Nombre del mes en que se realiza la vigilancia.
Año: Año en que se realiza la vigilancia.
N° ISQ: Número de las ISQ estratificadas por índice de riesgo.
N° Cirugías: Número de cirugías estratificadas por índice de riesgo.
Incidencia acumulada (x 100): Es un indicador que se calcula dividiendo el N° de ISQ entre el N° de cirugías y el cociente se multiplica por 100.

ANEXO N° 14

EsSalud
Oficina de Inteligencia Sanitaria

INCIDENCIA DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS SEGÚN FACTOR DE RIESGO GINECOLOGIA

RED ASISTENCIAL:_____
ESTABLECIMIENTO:_____

SERVICIO: _____ MES:_____
AÑO:_____

FACTOR DE RIESGO	INDICE DE RIESGO	IIH	N° ISQ	N° Cirugías	Incidencia Acumulada (x 100)
HISTERECTOMIA ABDOMINAL	RIESGO 0	ISQ			
	RIESGO 1	ISQ			
	RIESGO 2	ISQ			
	RIESGO 3	ISQ			
	TOTAL	ISQ			
HISTERECTOMIA VAGINAL	RIESGO 0	ISQ			
	RIESGO 1	ISQ			
	RIESGO 2	ISQ			
	RIESGO 3	ISQ			
	TOTAL	ISQ			

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL REPORTE DE INCIDENCIA DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS SEGÚN FACTOR DE RIESGO – GINECOLOGÍA

Red Asistencial: Nombre de la red a la que pertenece el hospital donde se realiza la vigilancia.
Establecimiento: Nombre del centro asistencial donde se realiza la vigilancia.
Servicio: Nombre del servicio donde se realiza la vigilancia.
Mes: Nombre del mes en que se realiza la vigilancia.
Año: Año en que se realiza la vigilancia.
N° ISQ: Número de las ISQ estratificadas por índice de riesgo.
N° Cirugías: Número de cirugías estratificadas por índice de riesgo.
Incidencia acumulada (x 100): Es un indicador que se calcula dividiendo el N° de ISQ entre el N° de cirugías y el cociente se multiplica por 100.

ANEXO N° 15

EsSalud
Oficina de Inteligencia Sanitaria

INCIDENCIA DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS SEGÚN FACTOR DE RIESGO-OBSTETRICIA

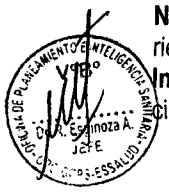
RED ASISTENCIAL:_____
ESTABLECIMIENTO:_____

SERVICIO: _____ MES:_____
AÑO:_____

FACTOR DE RIESGO	INDICE DE RIESGO	IIH	N° IIH	N° Cirugias o Partos Vaginales	Incidencia acumulada (x 100)
CESAREA	RIESGO 0	ISQ			
	RIESGO 1	ISQ			
	RIESGO 2	ISQ			
	RIESGO 3	ISQ			
	TOTAL	ISQ			
CESAREA	RIESGO 0	ISQ-O/E: Endometritis			
	RIESGO 1	ISQ-O/E: Endometritis			
	RIESGO 2	ISQ-O/E: Endometritis			
	RIESGO 3	ISQ-O/E: Endometritis			
	TOTAL	ISQ-O/E: Endometritis			
PARTO VAGINAL		Endometritis			

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL FORMATO DE INCIDENCIA DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS SEGÚN FACTOR DE RIESGO – OBSTETRICIA

Red Asistencial: Nombre de la red a la que pertenece el hospital donde se realiza la vigilancia.
Establecimiento: Nombre del centro asistencial donde se realiza la vigilancia.
Servicio: Nombre del servicio donde se realiza la vigilancia.
Mes: Nombre del mes en que se realiza la vigilancia.
Año: Año en que se realiza la vigilancia.
Nº IIH: Número de las ISQ, estratificadas por índice de riesgo.
En las filas señaladas como ISQ se incluyen las infecciones de sitio quirúrgico incisionales (superficiales y profundas) y las de órgano espacio.
En las filas señaladas como ISQ-O/E: Endometritis se incluyen sólo las de órgano espacio (endometritis).
Nº Cirugías o partos vaginales: Número de cirugías o partos vaginales estratificados por índice de riesgo.
Incidencia acumulada (x 100): Es un indicador que se calcula dividiendo el Nº de ISQ entre el Nº de cirugías o partos vaginales y el cociente se multiplica por 100.



ANEXO N° 16

EsSalud
Oficina de Inteligencia Sanitaria

INCIDENCIA DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS SEGÚN FACTOR DE RIESGO CIRUGIA CARDIOVASCULAR

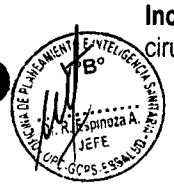
RED ASISTENCIAL:_____ ESTABLECIMIENTO:_____

SERVICIO: _____ MES:_____ AÑO:_____

FACTOR DE RIESGO	INDICE DE RIESGO	IIH	Nº ISQ	Nº Cirugías	Incidencia acumulada (x 100)
Cirugía de revascularización de miocardio (by pass aortocoronario)	RIESGO 0	ISQ			
	RIESGO 1	ISQ			
	RIESGO 2	ISQ			
	RIESGO 3	ISQ			
	TOTAL	ISQ			

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL FORMATO DE INCIDENCIA DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS SEGÚN FACTOR DE RIESGO– CIRUGIA CARDIOVASCULAR

Red Asistencial: Nombre de la red a la que pertenece el hospital donde se realiza la vigilancia.
Establecimiento: Nombre del centro asistencial donde se realiza la vigilancia.
Servicio: Nombre del servicio donde se realiza la vigilancia.
Mes: Nombre del mes en que se realiza la vigilancia.
Año: Año en que se realiza la vigilancia.
N° ISQ: Número de las ISQ estratificadas por índice de riesgo.
N° Cirugías: Número de cirugías estratificadas por índice de riesgo.
Incidencia acumulada (x 100) : Es un indicador que se calcula dividiendo el N° de ISQ entre el N° de cirugías y el cociente se multiplica por 100.



ANEXO N° 17

EsSalud

Oficina de Inteligencia Sanitaria

REPORTE MENSUAL DE GERMENES EN INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS DEL TRACTO URINARIO

RED ASISTENCIAL.:_____ **ESTABLECIMIENTO:** **MES:** **AÑO:**

SERVICIO	GERMENES																		TOTAL
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°
TOTAL																			

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL FORMATO DE GÉRMENES AISLADOS EN INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS DEL TRACTO URINARIO

Este reporte permite consolidar mensualmente en el centro asistencial, la información de los gérmenes identificados en los cultivos de orina de pacientes con ITU asociada a Catéter Urinario Permanente (CUP).

Red Asistencial Nombre de la red a la que pertenece el hospital donde se realiza la vigilancia.
Establecimiento: Nombre del centro asistencial donde se realiza la vigilancia.
Mes: : Nombre del mes en que se realiza la vigilancia.
Año: Año en que se realiza la vigilancia.
Servicio: Nombre del servicio mencionado en el anexo N°1, donde se realiza la vigilancia del factor de riesgo: Catéter Urinario permanente (CUP)
Gérmenes: Gérmenes aislados en muestra de orina de pacientes con infección del tracto urinario asociada a catéter urinario permanente de acuerdo a los servicios en vigilancia
Total (columnas) : Sumatoria y porcentaje de aislamientos por cada germen aislado.
Total (filas) : Total de gérmenes aislados por servicio.

ANEXO N° 18

EsSalud

Oficina de Inteligencia Sanitaria

REPORTE MENSUAL DE GERMENES EN NEUMONIA INTRAHOSPITALARIA

RED ASISTENCIAL.:_____**ESTABLECIMIENTO:** **MES:** **AÑO:**

SERVICIO	GERMENES																		TOTAL
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°
TOTAL																			

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL FORMATO DE GERMENES AISLADOS EN NEUMONIA INTRAHOSPITALARIA

Este reporte permite consolidar mensualmente la información de los gérmenes identificados en los cultivos de secreción respiratoria de pacientes con neumonía asociadas a Ventilador Mecánico (VM).

Red Asistencial Nombre de la red a la que pertenece el hospital donde se realiza la vigilancia.
Establecimiento: Nombre del centro asistencial donde se realiza la vigilancia.
Mes: Nombre del mes en que se realiza la vigilancia.
Año: Año en que se realiza la vigilancia.
Servicio: Nombre del servicio mencionado en el anexo N°1, donde se realiza la vigilancia del factor de riesgo: Ventilador mecánico (VM)
Gérmenes: Gérmenes aislados en muestras respiratorias de pacientes con neumonía asociada a ventilador mecánico de acuerdo a los servicios en vigilancia
Total (columnas) : Sumatoria y porcentaje de aislamientos por cada germen aislado.
Total (filas): Total de gérmenes aislados por servicio.

ANEXO N° 19

EsSalud

Oficina de Inteligencia Sanitaria

REPORTE MENSUAL DE GERMENES EN INFECCIONES DEL TORRENTE SANGUINEO

RED ASISTENCIAL.:_____ESTABLECIMIENTO: MES: AÑO:

SERVICIO	GERMENES																		TOTAL
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°
TOTAL																			

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL FORMATO DE GERMENES AISLADOS EN INFECCIONES DEL TORRENTE SANGUINEO

Este reporte permite consolidar mensualmente la información de los gérmenes identificados en los hemocultivos correspondientes a pacientes con infección del torrente sanguíneo asociada a catéter venoso central.

Red Asistencial Nombre de la red a la que pertenece el hospital donde se realiza la vigilancia.

Establecimiento: Nombre del centro asistencial donde se realiza la vigilancia.

Mes: : Nombre del mes en que se realiza la vigilancia.

Año: Año en que se realiza la vigilancia.

Servicio: Nombre del servicio mencionado en el anexo N°1, donde se realiza la vigilancia del factor de riesgo: Catéter Venoso Central (CVC)

Gérmenes: Gérmenes aislados en hemocultivos correspondientes a pacientes con infección del torrente sanguíneo asociada a catéter venoso central de acuerdo a los servicios en vigilancia

Total (columnas): Sumatoria y porcentaje de aislamientos por cada germen aislado.

Total (filas): Total de gérmenes aislados por servicio.

ANEXO N° 20

EsSalud

Oficina de Inteligencia Sanitaria

REPORTE MENSUAL DE GERMENES EN INFECCIONES DE SITIO QUIRURGICO

RED ASISTENCIAL.:_____ESTABLECIMIENTO: MES: AÑO:

SERVICIO	GERMENES																		TOTAL
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°
TOTAL																			

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL FORMATO DE GERMENES AISLADOS EN INFECCIONES DE SITIO QUIRURGICO

Este reporte permite consolidar mensualmente la información de los gérmenes identificados en los cultivos de la secreción de las heridas infectadas (Infección de sitio quirúrgico: ISQ).

Red Asistencial Nombre de la red a la que pertenece el hospital donde se realiza la vigilancia.

Establecimiento: Nombre del centro asistencial donde se realiza la vigilancia.

Mes: : Nombre del mes en que se realiza la vigilancia.

Año: Año en que se realiza la vigilancia.

Servicio: Nombre del servicio correspondiente.

Gérmenes: Gérmenes aislados en secreciones de sitio quirúrgico, de acuerdo a los servicios en vigilancia

Total (columnas) : Sumatoria y porcentaje de aislamientos por cada germen aislado.

Total (filas) : Total de gérmenes aislados por servicio.

ANEXO N° 21

EsSalud
Oficina de Inteligencia Sanitaria

SENSIBILIDAD DE GERMENES AISLADOS EN INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS

RED ASISTENCIAL.:_____ ESTABLECIMIENTO:_____ AÑO:_____

ANTIBIOTICO	NOMBRE DEL GERMEN:					
	S		I		R	
	N°	%	N°	%	N°	%

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL FORMATO DE SENSIBLIDAD DE GÉRMENES AISLADOS EN INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS

Este reporte permite consolidar anualmente la información de la sensibilidad de los gérmenes que causan las infecciones Intrahospitalarias.

Red Asistencial Nombre de la red a la que pertenece el hospital donde se realiza la vigilancia.
Establecimiento: Nombre del centro asistencial donde se realiza la vigilancia
Año: Año en que se realiza la vigilancia.
Antibiótico: Nombre del antibiótico pertinente al germen correspondiente.
Nombre del Germen: Nombre del germen aislado en los cultivos
S / I / R (N° y %): Por cada antibiótico, se expresa el número de aislamientos de gérmenes sensibles, gérmenes con sensibilidad intermedia y gérmenes resistentes, así como los porcentajes correspondientes.



ANEXO N°22

INFORME EJECUTIVO DE LAS INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS EN EL HOSPITAL....

RESUMEN EJECUTIVO

18. RESULTADOS
19. ANALISIS E INTERPRETACION
20. CONCLUSIONES
21. RECOMENDACIONES

ANEXO Nº 23

MODELO DE BOLETIN EPIDEMIOLOGICO DE LAS INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS

BOLETIN EPIDEMIOLOGICO

HOSPITAL XXXXXXXXXXXXXXXX
AÑO 1, N° 01, MES XXX 200... UNIDAD DE EPIDEMIOLOGIA

Dr. XXXXXXXXXX
Director General:

Dr. XXXXXXXXXXX
Responsable de OIS

Comité Editor:
ZZZZZZZZZZZZ
XXXXXXXXXX
CCCCCCCCCCC

Colaboradores:

CCCCCCCCCCCCC
BBBBBBBBBBBB
KKKKKKKKKKKK

Foto del Hospital:

EDITORIAL

El hospital XXXXX fue creado en 1888 mediante Decreto XXXX.
Actualmente es un hospital de tercer nivel con 10 000 egresos por año, cuenta con 200 camas funcionales.
La Unidad de Epidemiología del hospital fue creada mediante Resolución Directoral en Abril de 1980 fue su primer responsable el Dr. ó Lic. XXXX. El presente boletín es un esfuerzo que busca difundir la información epidemiológica generada en el presente período con fines de mejora de la calidad de atención en nuestros servicios. El presente boletín trae información sobre la enfermedades de notificación obligatoria, vigilancia de IIH, etc.

RESUMEN EJECUTIVO

Se describe los resultados más resaltantes de la vigilancia, asi como las conclusiones y recomendaciones.

RESULTADOS

Los resultados se pueden presentar mediante gráficos y tablas con breves comentarios al pie.

ANALISIS E INTERPRETACION

CONCLUSIONES

VºBº
Dr. R. Espinoza A.
JEFE

Seguro Social de Salud.

Gerencia Central de Prestaciones de Salud
Dr. Alfredo Barredo Moyano

Oficina de Planeamiento y Calidad
Dr. Tomás Párraga Aliaga

Oficina de Planeamiento e Inteligencia Sanitaria
Dr. Roberto Espinoza Atarama



Equipo Técnico
Mg. Yovanna Maritza Seclén Ubillús
Ing. Agnes Ysela Yari Castañeda
Adm. Jony Rolando Colán Hernández

Apoyo Administrativo
Srta. Sandra Wendy Ruíz Sempertegui

Guía Metodológica para la Implantación Institucional del Sistema de Vigilancia en Salud Pública

EsSalud
MAS SALUD PARA MAS PERUANOS

Gerencia Central de Prestaciones de Salud
Oficina de Planeamiento y Calidad

Oficina de Planeamiento e Inteligencia Sanitaria

Herramientas para una mejor gestión

Diciembre, 2008

Presentación

EsSalud plantea la necesidad de ampliar el enfoque epidemiológico tradicional hacia un enfoque integral del estado de salud, con el propósito de mejorar la gestión de los servicios de salud en el marco de los Lineamientos Estratégicos institucionales, y propone la implementación de un Sistema de Vigilancia en Salud Pública e Inteligencia Sanitaria, el cual tiene como marco referencial el documento técnico "Modelo de Vigilancia en Salud Pública e Inteligencia Sanitaria en EsSalud", aprobado por Gerencia de División de Prestaciones con Resolución Nº 120-GDP-EsSalud, del 12 de abril del 2004.

El Sistema de Vigilancia en Salud Pública e Inteligencia Sanitaria, permitirá realizar con mayor precisión el análisis de riesgos, estimar las tendencias en la ocurrencia y comportamiento de las enfermedades consideradas como prioridades sanitarias institucionales, las complicaciones intrahospitalarias, la mortalidad en la población asegurada, el comportamiento del VIH/SIDA, así como, las características de las contingencias sanitarias. La información generada contribuirá a la identificación e implementación de estrategias de intervención sanitaria y el posterior monitoreo del impacto sobre los eventos considerados para la vigilancia.

El funcionamiento del sistema incluye a todos los Centros Asistenciales de la Institución. Sin embargo, estructuralmente dentro de la red de unidades de vigilancia se soporta en determinados Centros Asistenciales, las denominadas "Unidades Centinelas", las cuales son seleccionados de acuerdo a las características de los servicios en el ámbito de la Red: cobertura poblacional, nivel de complejidad de los servicios, ubicación geográfica y perfil de daños.

El éxito del Sistema de Vigilancia en Salud Pública e Inteligencia Sanitaria, dependerá en gran medida del compromiso y la respuesta de los niveles operativos quienes asumirán la responsabilidad de la implementación y ejecución, y de la alineación estratégica táctica con los lineamientos establecidos.

Finalmente, la Oficina de Planeamiento e Inteligencia Sanitaria espera que la implementación del Sistema de Vigilancia en Salud Pública e Inteligencia Sanitaria se desarrolle a plenitud y con los recursos adecuados para contribuir a la gestión de los servicios de salud

I. Introducción

La Vigilancia Epidemiológica en EsSalud ha pasado por varias etapas, desde un conjunto de actividades aisladas de recopilación de información del uso de los servicios hasta conformar un sistema de vigilancia centinela, en el que se incorporan institucionalmente, algunas herramientas y métodos epidemiológicos para identificación y análisis de datos procedentes de los servicios de salud, y que finalmente genera información sobre la ocurrencia y tendencia de comportamiento de determinados daños considerados de interés institucional. Sin embargo, la información generada periódicamente no siempre es utilizada por los equipos de gestión de los servicios de salud.

El sistema actual de vigilancia epidemiológica, considera cinco Sub Sistemas, de los cuales cuatro están vigentes :

- Sub Sistema de Vigilancia de Enfermedades de Interés Institucional
- Sub Sistema de Vigilancia de Complicaciones Intrahospitalarias
- Sub Sistema de Vigilancia de Perfiles Epidemiológicos de los Servicios Hospitalarios
- Sub Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Contingencias.

En forma progresiva, se ha logrado mejorar la calidad y oportunidad de notificación de casos en la mayor parte de las unidades centinelas de vigilancia, sin embargo, es discreto aún el desarrollo de la vigilancia de riesgos y el análisis de la distribución espacial de los daños, debido a que los sistemas de información automatizados institucionales no recogen estas variables o no permiten el enlace de datos sanitarios relacionados con estas categorías de análisis. De otro lado, no en todas las Unidades de Vigilancia se realiza análisis epidemiológico o se emiten informes periódicos del análisis de su información.

Las principales limitaciones del actual Sistema de Vigilancia Epidemiológica Institucional son:

- Estructuralmente, la baja disponibilidad de recursos humanos con perfil adecuado para la vigilancia epidemiológica y análisis en la mayoría de redes; equipamiento obsoleto de las unidades centinelas de vigilancia; y las limitaciones de los sistemas de información institucionales para la vigilancia sanitaria.
- Operacionalmente, acciones de vigilancia minimizadas, rutinizadas y de baja calidad y discreto nivel de análisis .

Sin embargo, estos problemas no son considerados como graves por los diversos niveles de conducción estratégica y operacional porque ellos utilizan escasamente la información procedente de los Sub Sistemas de Vigilancia, probablemente debido a que su concepción del sistema de salud está limitada al campo clínico de las enfermedades, minimiza la importancia de los determinantes de la salud y por lo tanto, no consideran relevante o suficiente la información sanitaria para la toma de decisiones.

La acumulación de evidencia científica del rol de los determinantes de la salud en el proceso salud–enfermedad, el impacto de las intervenciones basadas en la estrategia de atención primaria e integral y la implementación de procesos de reforma sectorial en los sistemas de salud vigentes han contribuido a que EsSalud adopte un modelo de atención integral para mejorar el nivel de salud de la población asegurada, no solamente desde el campo biológico recuperativo, sino incorporando la esfera familiar, laboral y social. En ese contexto es que EsSalud decide implantar un Sistema de Vigilancia en Salud Pública e Inteligencia Sanitaria a nivel nacional que provea información integral para la toma de decisiones.

Cumplir con este encargo requiere la construcción del marco técnico funcional del sistema de vigilancia a partir del "Modelo Institucional de Vigilancia en Salud Pública e Inteligencia Sanitaria".

II. Base Legal

1) Resolución de Dirección Ejecutiva No. 444-DE-IPSS-92, que crea el Comité Nacional del Programa Complementario de Salud Integral, el que quedó a cargo de este Programa de Salud dentro de cuyos capítulos se incluyó, el de la Vigilancia Epidemiológica Institucional.

2) Resolución de Dirección Ejecutiva No. 1033-DE-IPSS-93, que establece el uso obligatorio de la Clasificación Internacional de Enfermedades en los servicios de salud de EsSalud.

3) Resolución de Dirección Ejecutiva No. 1117-DE-IPSS-93 y Directiva No. 040-DEIPSS-93, que norma el registro y notificación de las muertes y complicaciones hospitalarias en los establecimientos de salud de EsSalud.

4) Resolución de Dirección Ejecutiva No. 1119-DE-IPSS-93, que aprueba el Manual Instructivo para el llenado del Certificado de Defunción.

5) Resolución de Presidencia Ejecutiva No. 051-PE-IPSS-94, que aprueba la nueva Estructura Orgánica y el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Peruano de Seguridad Social.

6) Resolución de Gerencia General No. 581-GG-IPSS-96, que establece los Establecimientos Asistenciales Centinela como soporte del Sistema de Vigilancia Epidemiológica Institucional.

7) Resolución de Gerencia General No. 582-GG-IPSS-96, que eleva al rango de Servicios (en el Nivel IV, III, y II) o de Unidad (en el Nivel I) a las Areas de Epidemiología de los Centros Asistenciales Centinela.

8) Resolución de Presidencia Ejecutiva N°258-PE-EsSalud-2003, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones de la Gerencia de División de Prestaciones

III. Definición, Propósito y

Definición:

El Sistema de Vigilancia en Salud Publica de EsSalud, es el conjunto de subsistemas de recolección, análisis, interpretación y difusión de datos específicos sobre diferentes componentes del proceso **salud – enfermedad - servicios de salud**, que generan información útil y oportuna sobre la situación de salud de la población asegurada, la identificación de riesgos y su distribución, la ocurrencia de contingencias sanitarias y el rol de los servicios de salud, para la toma de decisiones institucional articulada y oportuna, y el posterior seguimiento y control.

Propósito:

Disponer de un Sistema de Vigilancia en Salud Pública e Inteligencia Sanitaria que se adecue y sirva a los fines del Seguro Social de Salud y los beneficiarios: la población asegurada.

Objetivos:

1. Normar la estructura del Sistema de Vigilancia en Salud Pública e Inteligencia Sanitaria en EsSalud.
2. Estandarizar los procesos de vigilancia de los Sub Sistemas de Vigilancia en Salud Pública e Inteligencia Sanitaria a nivel Institucional.
3. Fortalecer la vigilancia en los servicios de salud que conforman la Red de Vigilancia Epidemiológica Institucional, según sus necesidades: de recursos profesionales, de entrenamiento o capacitación de equipamiento, etc.
4. Definir criterios para la elaboración de información epidemiológica y de inteligencia sanitaria para la gerencia de servicios y unidades de atención de salud.

IV. Características

1. Conceptualización

Un elemento que determina el contexto en el cual se están reconvirtiendo los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica en América Latina esta establecido por la identificación de las Funciones Esenciales de la Salud Pública. En ese sentido se identifican dos funciones que están en relación con la practica Epidemiológica de las organizaciones sanitarias:

Función 1 : Seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud

- Evaluación actualizada de la situación y tendencia de salud del país y de sus factores determinantes con atención especial a la identificación en desigualdades en la distribución de riesgos, daños y acceso a los servicios.
- Identificación de las necesidades de salud de la población incluida la evaluación de riesgos y la demanda de servicios de salud.
- Manejo de estadísticas vitales y de situación de grupos de riesgo especiales.
- Desarrollo de la tecnología, experiencia y método para el manejo, interpretación y comunicación de la información a los responsables de la Salud Pública.

Función 2 : Vigilancia de la Salud Pública, investigación y control de riesgos y daños en Salud Pública.

- Capacidad de llevar a cabo la investigación y vigilancia de brotes epidémicos y los modelos de propagación de enfermedades.
- Generación de infraestructura de Salud Pública para conducir la realización de análisis en población, estudio de casos e investigación epidemiológica en general.

- Desarrollo de programas activos de vigilancia epidemiológica que contribuyan al control de enfermedades infecciosas y no infecciosas

- El fortalecimiento de la capacidad de vigilancia a nivel local para generar respuestas rápidas, dirigidas al control de problemas de salud o riesgos específicos.

No obstante, el avance que puede significar la descripción de riesgos, daños y necesidades percibidas de atención por la vigilancia en Salud Publica, existen diversos grados de complejidad de las necesidades de información en los sistemas de salud para la toma de decisiones que no pueden ser estructuradas en un sistema clásico de vigilancia. En ese sentido, los nuevos modelos de vigilancia tratan de aproximarse a esa complejidad, extendiendo su función hacia la generación de inteligencia sanitaria, es decir hacia la generación y utilización de información flexible, cualicuantitativa, especifica, ágil, oportuna, inmediata, predictiva para diversas situaciones - no necesariamente daños o enfermedades – pero si relacionadas directa o indirectamente con el desarrollo de los servicios de salud como son: características de la demanda y la oferta en situaciones específicas, la ocurrencia de eventos o condiciones críticas que afectan la prestación de servicios, el rol de determinados actores del proceso salud – enfermedad – servicios de salud, que influyen sobre los resultados esperados por la gestión y que requieren ser tomados en cuenta.

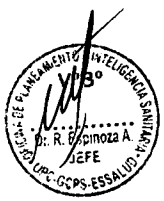
Teniendo en cuenta estas premisas conceptuales, la propuesta del modelo de Vigilancia en Salud Pública en EsSalud esta definido por el modelo de prestaciones de salud institucional, además de los resultados sanitarios, también busca calidad y oportunidad en la atención de sus servicios, por lo que esta propuesta requiere que el sistema de vigilancia tenga la capacidad de integrar información cuantitativa y cualitativa de los eventos sanitarios y la gestión que la organización desarrolla sobre ellos.

El sistema de Vigilancia en Salud Pública e Inteligencia Sanitaria, una vez que el Modelo de Atención Integral Institucional y los sistemas de información correspondientes se encuentren debidamente implementados, se caracterizará por :

- Ser un sistema de **alta especificidad** , porque identificará progresivamente los diversos factores que intervienen en el proceso salud-enfermedad, no solo limitándose al daño y factor de riesgo sino relacionándolo de manera integral con su entorno familiar, laboral y poblacional.

- Recoger información sobre los **resultados del proceso de atención**, creando insumos para evaluar la respuesta del sistema ante los requerimientos de la población asegurada.

- Integrar la **información intra y extrahospitalaria** a fin de abordar los problemas de salud con un enfoque poblacional.



2. Organización del Sistema de Vigilancia

Las actividades de la vigilancia de la salud pública requieren una estructura organizativa integrada a los niveles de decisiones y control del Sistema Sanitario.

Se definen tres niveles :

- Nivel local (Microprocesos), corresponde a las Unidades de Inteligencia Sanitaria de los Centros Asistenciales, constituye el primer nivel de vigilancia. Realiza análisis de situación local y tendencias en materia de salud, y analiza los procesos y resultados de la intervenciones en los Centros Asistenciales.

- Nivel Intermedio (Mesoprocesos), corresponde a las Oficinas y Unidades de Inteligencia Sanitaria de las Redes Asistenciales, constituye un nivel de agregación. Se plantean las medidas de control de acuerdo con los análisis epidemiológicos especializados y se evalúan los resultados de las intervenciones en Redes Asistenciales considerando el enfoque poblacional.

- Nivel Central (Macroprocesos), lo constituye la Oficina de Planeamiento e Inteligencia Sanitaria de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud, constituyendo el nivel de agregación, consolidación y análisis de la información, con una perspectiva sistémica de la situación institucional.

Las Oficinas y Unidades de Inteligencia Sanitaria en los centros asistenciales y Redes Asistenciales deberán trabajar en forma coordinada y muy estrecha con sus profesionales médicos y de enfermería, quienes son los mejores referentes como unidades notificantes y como usuarios del sistema. Además, realizan acciones de Inteligencia Sanitaria que contribuyan oportunamente a la identificación y manejo de factores que contribuyen o afectan los resultados esperados de las intervenciones sanitarias.

V. Los Sub Sistemas de Vigilancia

La vigilancia en Salud Pública se extenderá progresivamente desde el ámbito hospitalario al extrahospitalario, incorporando otras variables que permitan caracterizar los eventos de salud desde el punto de vista poblacional y epidemiológico, evaluando la calidad de los servicios de salud prestados. Los Sub Sistemas de Vigilancia en Salud Pública de EsSalud quedan delimitados de la siguiente manera:

- Sub Sistema de Vigilancia de Prioridades Sanitarias y Enfermedades de Notificación obligatoria
- Sub Sistema de Notificación de Mortalidad en la Población Asegurada.
- Sub Sistema de Vigilancia de Complicaciones Intrahospitalarias.
- Sub Sistema de Vigilancia de Perfiles Epidemiológicos de los Servicios de Salud
- Sub Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Contingencias
- Sub Sistema de Vigilancia de VIH/SIDA.

La información mínima que se necesita recoger para cada uno de los subsistemas, consiste en la identificación del caso presuntivo o definitivo de acuerdo a la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10) su respectivo código, edad, sexo, procedencia del caso, tipo de asegurado (si es un caso definitivo en relación al diagnóstico). Estos datos son los que se consignan en los formatos del "Parte Diario de Consulta Externa". El software diseñado extrae los datos caso por caso desde la Base del Sistema de Gestión Hospitalaria en cada establecimiento para su uso a nivel local, y su integración por: niveles de atención y Redes Asistenciales. La información debe ser finalmente estandarizada con el requerimiento del nivel central.

La estrategia de trabajo con el esquema de hospitales centinelas y las atribuciones que a éstos se entrega, define claramente el enfoque de riesgo del sistema.

Los Centros Asistenciales que conforman la Red de Inteligencia Sanitaria Institucional, podrán seguir algunos de los criterios que motivan su selección, especializándose en la vigilancia de algunos daños. Tal es el caso, de los hospitales centinelas ubicados, en zonas de puertos, de frontera, o de selva, los que resultarían más idóneos para la vigilancia - según la endemicidad conocida -, de las enfermedades de transmisión sexual o metaxénicas.

Sub Sistema de Vigilancia de Prioridades Sanitarias y Enfermedades de Notificación Obligatoria

Este Sub Sistema esta orientado a la vigilancia de problemas de salud consideradas como prioritarias para la institución por el impacto que ejercen sobre la población asegurada, y aquellos que por su importancia son motivo de vigilancia internacional.

Tiene los siguientes objetivos :

1. Generar información epidemiológica oportuna sobre la situación de las prioridades sanitarias a nivel institucional.
2. Evaluar el comportamiento de las prioridades sanitarias en relación a las intervenciones sanitarias institucionales.

Cuenta con una herramienta informática, el Software WinEpi3: Módulo de Enfermedades de Notificación obligatoria y Prioridades Sanitarias. La frecuencia de los reportes es semanal para las enfermedades infecciosas y mensual para el grupo de enfermedades no infecciosas.

El Sub Sistema de Vigilancia de Prioridades Sanitarias y Enfermedades de Notificación Obligatoria, se basa en la notificación de casos nuevos (Incidencia), considerando a todos aquellos pacientes que son identificados por primera vez para el daño vigilado y que cumplen los criterios de definición de caso propuestos en el Manual de Vigilancia de Prioridades Sanitarias y Enfermedades de Notificación Obligatoria.

La fuente para la captura de datos es el Sistema de Gestión Hospitalaria. El módulo de Vigilancia de Prioridades Sanitarias y Enfermedades de Notificación Obligatoria se conecta con la base de datos del Sistema de Gestión Hospitalaria y extrae todos los casos de enfermedades que se encuentran dentro del Listado de Prioridades Sanitarias y Enfermedades de Notificación Obligatoria, teniendo en cuenta los criterios de inclusión señalados.

Adicionalmente, se genera un listado individualizado (Prevalencia) con nombre y apellido a fin de dar consistencia al dato en lo relacionado a duplicidad de casos. En relación a los establecimientos que no cuente con el Sistema de Gestión Hospitalaria, la captura de datos se hará en forma manual, directamente de los partes de atención. Para el caso de las afecciones crónicas, opcionalmente se tomará como fuente complementaria de información el registro de pacientes que existe en algunos servicios y/o programas de salud específicos.

Sub Sistema de Notificación de Mortalidad en la Población Asegurada

Sub Sistema encargado de normar el registro, notificación análisis y difusión del comportamiento de las muertes registradas en la población asegurada. La medición de las defunciones permite inferir no solo cuanto tiempo se vive sino como se vive.

Este Sub Sistema tiene como objetivo:

1. Caracterizar el comportamiento de la mortalidad en la población asegurada a nivel nacional y evaluar la cantidad y calidad de vida de la población asegurada a través de la construcción de indicadores sintéticos.

Especial énfasis se dará a la calidad en el llenado de los certificados de defunción. La notificación adecuada implicará el uso del certificado de defunción y de la historia clínica, disponiéndose que cada Oficina o Unidad de Inteligencia Sanitaria reciba copia de los certificados de defunción.



Se utilizará el módulo de defunciones del Sistema WinEpi3 para el procesamiento de la información, la cual deberá remitir a la Oficina de Planeamiento e Inteligencia Sanitaria del nivel central con una frecuencia mensual.

Los centros asistenciales **centinelas** responderán por la vigilancia de las defunciones intra y extrahospitalarias, por lo cual adoptara las estrategias más acordes para la notificación de las muertes extrahospitalarias (Coordinación con las municipalidades, DISA local, etc.). Trimestralmente se elaborara un informe del análisis de la mortalidad registrada en las Redes Asistenciales.

Sub Sistema de Vigilancia de las Complicaciones Intrahospitalarias Infecciosas y no Infecciosas

Sub Sistema cuyo propósito es obtener información estandarizada y actualizada de la problemática nacional referida a incidencia, localización, repercusión y la cuantificación de las infecciones intrahospitalarias de mayor impacto.

Complementariamente, en coordinación con la Oficina de Gestión de la Calidad y en forma progresiva, se reactivara el registro de complicaciones intrahospitalarias no infecciosas consideradas incidentes críticos de la atención en pacientes hospitalizados (caídas, escaras, quemaduras, etc.).

Sus objetivos son :

1. Determinar el comportamiento de la morbilidad de las infecciones intrahospitalarias, y de las complicaciones no infecciosas considerados como incidentes críticos durante la hospitalización, proporcionando información oportuna a los diferentes niveles de la gestión para su control y medidas preventivas.
2. Evaluar los efectos de las medidas de intervención sobre las complicaciones.

La vigilancia es **SELECTIVA y FOCALIZADA**.

Es SELECTIVA cuando la población bajo vigilancia es aquella expuesta a factores de riesgo extrínsecos seleccionados tales como intervenciones quirúrgicas, catéter urinario permanente, etc.

Es FOCALIZADA cuando se incorpora el criterio de vigilar sólo los servicios donde los pacientes tiene mayor exposición a factores de riesgo extrínsecos. Sin embargo la vigilancia podrá ser selectiva y no focalizada en los centros asistenciales que cuenten con los recursos humanos suficientes

Este Sub Sistema utilizará el módulo de Complicaciones del Software WinEpi3, para el proceso de la información, la misma que será remitida mensualmente a la Oficina de Planeamiento e Inteligencia Sanitaria de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud.

El Sub Sistema de Vigilancia será evaluado periódicamente a fin de identificar nuevos factores de riesgo para incorporarlos a las actividades diarias de la vigilancia. La evaluación de la eficiencia del subsistema se hará a través de Estudios de Prevalencia, los cuales se realizarán una vez al año.

Sub Sistema de Vigilancia de Perfiles Epidemiológicos de los Servicios de Salud

Sub Sistema que tiene como objetivo identificar las características del comportamiento de la morbilidad registrada en los servicios de salud institucionales, como una expresión referencial de los problemas de salud de la población asegurada, constituyendo una herramienta de gran utilidad para el planeamiento de la oferta prestacional institucional, y medidas sanitarias de prevención y control oportunas, racionalmente aplicables, buscando el máximo beneficio para los usuarios.

El Sub Sistema involucra los servicios intrahospitalarios: consulta externa, hospitalización y emergencia, centro quirúrgicos, unidades de referencia y contra referencia, etc. de cada Red Asistencial, Hospital Nacional, utilizando como herramienta informática el módulo "Perfiles Epidemiológicos" del Software WinEpi 3.

Dicho software será implementado en los centros asistenciales que cuenten con el Sistema Automatizado de Gestión Hospitalaria, permitiendo el uso directo de las bases de datos y obteniendo la salida de reportes en forma detallada al 100%, especificados por grupos de edad y sexo, según la lista de tabulación de la morbilidad y capítulos definidos en el Tomo I de la Clasificación Internacional de Enfermedades - Décima Revisión (CIE-10).

Los cuadros a presentar serán por cada uno de los establecimientos que conforman las Redes Asistenciales y un consolidado por Red, siendo independientes para cada uno de los servicios de consulta externa, hospitalización, y emergencia por prioridades . Se pueden utilizar adicionalmente gráficos para la presentación de las causas más importantes, siendo remitida semestralmente a la Oficina de Planeamiento e Inteligencia Sanitaria de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud .

La información será revisada y depurada antes de su envío por personal de las Oficinas y Unidades de Inteligencia Sanitaria del nivel nacional.

Sub Sistema de Vigilancia de VIH/SIDA

Sub Sistema de Vigilancia integrado a nivel nacional, basado en la notificación de casos de VIH/SIDA de los Centros Asistenciales de la Red de Inteligencia Sanitaria.

Tiene por objetivos:

1. Identificar la magnitud, tendencia y distribución de la infección VIH/SIDA en la población asegurada,
2. Determinar grupos vulnerables en la población asegurada en relación a los factores de riesgo y
3. Generar propuestas para fortalecer los planes de prevención y atención de la población asegurada.

Cuenta con una herramienta Informática, el Software Noti : Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica de VIH/SIDA, integrado con el Ministerio de Salud.

El proceso de recojo de información se inicia con el llenado de la Ficha Individual para casos de VIH/SIDA, por el encargado del Programa de Control de ITS – VIH/SIDA, la cual es enviada a las Oficinas y Unidad de Inteligencia Sanitaria de los Centros Asistenciales para su procesamiento y envió mensual a la Oficina de Planeamiento e Inteligencia Sanitaria, asimismo, el Nivel Central reenviará las bases de datos hacia los Centros Notificantes y la Dirección General de Epidemiología a fin de actualizar y realizar seguimiento de la información.

Sub Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Contingencias

El objetivo es estar alerta ante la ocurrencia de brotes de enfermedades infecto-contagiosas o situaciones de emergencia.

De identificarse la presencia de enfermedades que por su connotación estén sujetas a notificación, de desastres u otras emergencias, deberá procederse en forma inmediata y oportuna a hacer de conocimiento a la Oficina de Planeamiento e Inteligencia Sanitaria del nivel central, del hallazgo, ya sea con la confirmación diagnóstica o sin ésta, reportando el daño sólo a nivel sintomático o de sus signos.

Se enfatiza la necesidad de estar rápidamente informados de los problemas de salud que se presenten en el ámbito de los territorios (intra y extra hospitalarios), única manera de poder intervenir en forma oportuna, beneficiando tanto a la población a través de la protección correspondiente y la detención de la propagación del daño o de los efectos del desastre como a la institución, con la reducción de los costos de operación al intervenir oportunamente.

A este fin, la comunicación de la contingencia es directa e inmediata, por teléfono y/o vía e-mail, sobre cualquier evento inusual que pueda implicar una acción sanitaria de los servicios, por ejemplo: accidentes masivos, catástrofes, epidemias, o incidencia inusual de síntomas y signos aislados como fiebre, lesiones hemorrágicas, ictericia, etc.. sin esperar la notificación semanal remitida a la Oficina de Planeamiento e Inteligencia Sanitaria. En la comunicación inicial se deben consignar mínimamente:



Sistema de Información Epidemiológica de Contingencias

Daño, o sus síntomas y signos:
Localidad :
Centro Asistencial :
Número de Casos conocidos :
Fecha de inicio del daño :
Fecha del reporte :
Responsable del Servicio y/o Unidad de Epidemiología :

VI. La Red de Vig

La **función** fundamental del sistema es brindar información sanitaria oportuna y alertas, útil para los servicios y unidades de atención institucional. Los productos y resultados de la vigilancia (reportes gerenciales) se adecuarán a los requerimientos de nuestros clientes internos (gerentes, directores, subgerentes, directores de centros asistenciales, jefes de servicios, etc.).

La información que requiere el sistema será ingresada y analizada a nivel local, donde se asegurará la calidad, oportunidad y cobertura de la misma. El Sistema prevé que la transmisión de los datos migre vía correo electrónico. A nivel central, la Oficina de Planeamiento e Inteligencia Sanitaria consolidará esta información que será procesada y analizada bajo una perspectiva nacional, por Redes Asistenciales, por niveles de atención y de centro asistencial.

La **Oficina de Planeamiento e Inteligencia Sanitaria de la Sede Central** desarrollará una **función** técnico-normativa y de conducción del sistema. Será la encargada de evaluar la situación de salud en el ámbito de los servicios de EsSalud, y sus tendencias a nivel poblacional . Asesorará y evaluará la funcionalidad de la vigilancia en las Redes Asistenciales. Las funciones de procesamiento de la información y otras relativas a la detección y monitoreo de daños y complicaciones podrán ser ejecutadas por el equipo técnico de la Oficina de Planeamiento e Inteligencia Sanitaria. Las correcciones y acciones sobre los procesos de atención médica, y las intervenciones sanitarias a nivel de la población serán efectuadas por las gerencias y direcciones de las Redes y centros asistenciales, jefes de unidades y servicios según corresponda.

La Oficina de Planeamiento e Inteligencia Sanitaria coordinará las acciones de capacitación, entrenamiento de profesionales de las Oficinas y Unidades de Inteligencia Sanitaria, y reuniones e investigaciones relacionadas con la Vigilancia Epidemiológica y en Salud Publica .

Corresponde también a la Oficina de Planeamiento e Inteligencia Sanitaria efectuar las **coordinaciones interinstitucionales** con el fin de la integración y complementación de acciones de vigilancia, con generación de información de interés interinstitucional

Las Oficina y Unidades de Inteligencia Sanitaria de los Hospitales Base de la Red Asistencial. tendrán la responsabilidad de conducir el Sistema de Vigilancia en Salud Pública Institucional en los Centros Asistenciales de su jurisdicción, consolidará la información procedente de los Sub Sistemas de Vigilancia de su Red Asistencial y la enviará a la Oficina de Planeamiento e Inteligencia Sanitaria del Nivel Central con una frecuencia semanal, mensual, semestral y anual según corresponda. Estará encargada de monitorear y supervisar el funcionamiento de la las Oficinas y Unidades de Inteligencia Sanitaria de su jurisdicción, asimismo brindará apoyo técnico a los equipos de inteligencia sanitaria los centros asistenciales, programara actividades de capacitación dirigidas al personal operativo de la red asistencial y elaborará planes de fortalecimiento para optimizar los procesos de vigilancia de la Red Asistencial.

Efectuarán las **coordinaciones extra hospitalarias** para la vigilancia de los problemas de salud y riesgos en sus ámbitos. Podrán conformar comités y programas en relación a este tema

Las Oficina y Unidades de Inteligencia Sanitaria de las Redes Asistenciales (hospitales centinelas y otros establecimientos) tendrán la responsabilidad de velar por la veracidad y consistencia de la información del Sistema de Vigilancia en Salud Pública e Inteligencia Sanitaria y emitirán reportes sobre consistencia y confiabilidad de la información procedente de los servicios intra y extrahospitalarios a las dependencias de línea a fin de que se adopten las medidas correctivas pertinentes. La disminución de los subregistros será una meta, realizarán la acciones de vigilancia según las normas y procedimientos considerados en los Manuales de los Sub Sistemas de Vigilancia Institucional. La información que procesen deberá en primera instancia enviarse a las Oficinas de Inteligencia Sanitaria del Hospital Cabeza de Red Asistencial, difundirse a los servicios y unidades preventivas para el desarrollo de la atención médica. Deberán trabajar muy estrechamente vinculados con los profesionales que conforman el equipo de salud para mejorar la calidad y oportunidad de la información

Elaborarán reportes gerenciales y asesorarán en el análisis sobre la situación de salud y sus tendencias en sus niveles de dirección. Efectuarán las coordinaciones correspondientes con otros establecimientos a instituciones en sus jurisdicciones. Podrán desarrollar otras acciones por encargo y en apoyo a la Sub Gerencia de línea

Las Oficinas y Unidades de Inteligencia Sanitaria de las Redes Asistenciales :

Realizar reportes gerenciales para la toma de decisiones en el nivel local , tomarán en cuenta los siguientes criterios:

- Definición y delimitación del problema y sus consecuencias probables o reales sobre la salud de la población o sobre la marcha de los servicios de salud

- Análisis de riesgo : Descripción epidemiológica de las características del problema según las variables tiempo, espacio y persona, e identificación de factores de riesgo o determinantes presentes y tendencia de comportamiento.

- Capacidad de respuesta institucional y áreas involucradas.

- Propuesta de Intervenciones con evidencias y probables efectos o impacto.

- El rol de la Oficina de Inteligencia Sanitaria es de:

- Monitoreo y evaluación de las intervenciones adoptadas por el nivel de decisión.

- Proyección de escenarios con y sin intervención.

- El nivel de decisión, a partir de esta información podrá convocar a las áreas necesarias para planear la intervención sanitaria que considere pertinente.

Los **reportes** se efectuarán semanal, mensualmente o anualmente según se estipula para cada sub sistema directamente desde las Oficinas y Unidades de Inteligencia Sanitaria de las Redes Asistenciales a la Oficina de Planeamiento e Inteligencia Sanitaria de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud. Copia del informe será entregada a su vez a la Gerencia de la Red Asistencial, la Gerencia de cada Red Asistencial, será responsable por la oportunidad y cumplimiento en el envío de notificaciones de toda la red asistencial a su cargo. Se utilizarán las facilidades del correo electrónico en la dirección jcolan@essalud.gob.pe, yyari@essalud.gob.pe.

A nivel de las Redes Asistenciales no sólo se recopilará y agregará información para su tramitación , sino que se dispondrá de **reportes gerenciales** que soporten y direcciones la toma de decisiones. Una vez recopilada la información sanitaria procedente de los subsistemas de vigilancia, las Oficinas y Unidades de Inteligencia Sanitaria con el apoyo del equipo de gestión del CAS o la Red Asistencial, según sea el caso, realizaran sistemáticamente análisis de riesgos, es decir:

- Determinar en primer lugar la ocurrencia y frecuencia del (los) evento (s) de análisis y comparar su tendencia temporal, el ámbito en que ocurre (n) o se propaga(n) y a quienes afecta (n) , o se encuentran en riesgo.

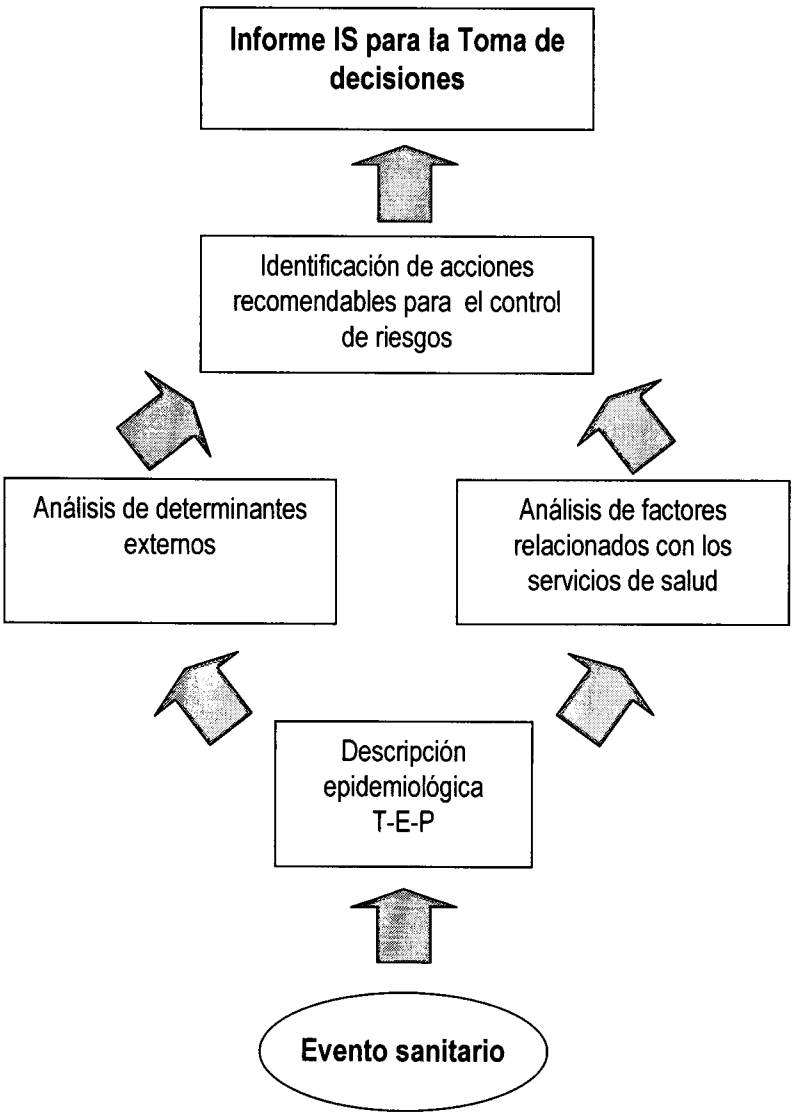
- Identificar los determinantes externos (sociales) que se relacionan con el riesgo de ocurrencia del (los) evento (s) en análisis y los actores sociales relacionados con el control y/u ocurrencia del evento.

- Analizar los factores relacionados con los servicios de salud que pueden ser determinantes para el control de riesgo.

- Definir las acciones locales institucionales y de coordinación con otros niveles institucionales u otras instituciones para el control de riesgos identificados.

- Elaborar el informe de Inteligencia Sanitaria para la toma de decisiones, en el cual se Incluye el análisis de riesgos.

ANALISIS DE RIESGO



Desde el punto de vista **estructural,** los responsables de las Oficinas de Inteligencia Sanitaria de las Redes Tipo A, tendrán el rango correspondiente a un E5, los Jefes de las Unidades de Inteligencia Sanitaria de las Redes Asistenciales tipo B y C, estarán considerados como funcionarios E6. Las Oficinas y Unidades de Inteligencia Sanitaria estarán dirigidos por profesionales de salud con estudios de post grado en Epidemiología y/o Salud Pública, sin interesar el tipo de profesión (médico, enfermera , obstetriz, u otro profesional de la salud)

Se ha diseñado un software para la vigilancia epidemiológica WinEpi3, que contempla todos los requerimientos y características de los sub sistemas, adicionalmente se utilizará los Programas EPI INFO, NOTI-VIH/SIDA, Ges Mor y DISMOD II, que podrán ser utilizados para el análisis de la información epidemiológica.

En cuanto al alcance de este directiva se precisa, que el dispositivo involucra a:



- Los Jefes de las Oficinas y Unidades de Inteligencia Sanitaria
- Jefes de Departamentos, Servicios y Unidades de Atención
- Gerentes y Directores de Centros Asistenciales
- Gerentes y Sub Gerentes de Salud de las Redes Asistenciales

VI. La Red de Vigilancia : Recursos Humanos

Las Oficinas y Unidades de Inteligencia Sanitaria de las Redes Asistenciales :

Realizar reportes gerenciales para la toma de decisiones en el nivel local, tomaran en cuenta los siguientes criterios:

1. Definición y delimitación del problema y sus consecuencias probables o reales sobre la salud de la población o sobre la marcha de los servicios de salud

2. Análisis de riesgo: Descripción epidemiológica de las características del problema según las variables tiempo, espacio y persona, e identificación de factores de riesgo o determinantes presentes y tendencia de comportamiento.

3. Capacidad de respuesta institucional y áreas involucradas.

4. Propuesta de Intervenciones con evidencias y probables efectos o impacto.

5. El rol de la Oficina de Inteligencia Sanitaria es de:

6. Monitoreo y evaluación de las intervenciones adoptadas por el nivel de decisión.

7. Proyección de escenarios con y sin intervención.

8. El nivel de decisión, a partir de esta información podrá convocar a las áreas necesarias para planear la intervención sanitaria que considere pertinente.

VII. Glosario de Términos

Agente Etiológico
Entidad biológica, física o química capaz de causar enfermedad.

Agente Infeccioso
Micro-organismos (virus, rickettsia, bacteria, hongo, protozoario), o parásito (helminto y otros) capaces de producir una infección o una enfermedad infecciosa.

Aislamiento
Es la separación de personas o animales infectados, durante el período de transmisibilidad de la enfermedad, en lugares y condiciones tales, que eviten o limiten la transmisión directa o indirecta del agente infeccioso a personas susceptibles o que puedan transmitir la enfermedad a otras.

Ambiente
Conjunto de elementos físicos, químicos, psicosociales y biológicos (altitud, clima, vegetación, fauna, calidad del aire, del agua, del suelo, etc.)
que constituyen el contexto de vida de los individuos y pueden influir en su estado de salud.

Anatoxina (Tixoide)
Toxina tratada con formol u otras sustancias que pierde su capacidad toxigénica, pero conserva su inmunogenicidad

Anticuerpo
Globulina encontrada en fluidos tisulares o en suero, producida en respuesta a un estímulo de antígenos específicos siendo capaz de combinarse con los mismos, neutralizándolos o destruyéndolos.

Antígeno
Porción o producto de un agente biológico capaz de estimular la formación de anticuerpos específicos.

Antitoxina
Anticuerpos protectores que inactivan proteínas solubles tóxicas de bacterias.

Ataque, tasa de :
Es un caso particular de tasa de incidencia. Corresponde al número de personas que presentan una enfermedad, relacionada con el número de personas expuestas al riesgo de sufrir la enfermedad en un período limitado de tiempo y en condiciones especiales como en una epidemia. Se expresa en porcentajes (casos por cien).

Bioética
Es el estudio sistemático de la conducta humana en el ámbito de la ciencia, de la vida y el cuidado de la salud, examinada a la luz de los valores morales y sus principios

Búsqueda activa de casos
Es la búsqueda de casos a través de visitas sistemáticas y periódicas o eventuales a servicios de salud, domicilios o áreas determinadas.

Caso
Para los fines del reporte se considera primer caso en la semana a la aparición de la enfermedad por primera vez, durante la semana epidemiológica correspondiente. Se incluyen también, los nuevos episodios de una enfermedad diagnosticada y curada con anterioridad.

Caso Confirmado
Es el caso que es clasificado como confirmado para fines de reporte, puede tener una confirmación clínica evidente o por algún método auxiliar de diagnóstico.

Caso Probable
Es el caso que es clasificado como probable para fines de reporte, que reúne signos y síntomas clínicos suficientes para ser considerado como tal.

Caso Autóctono
Caso contraído por el enfermo en la zona habitual de su residencia. (país)

VII. Glosario de Términos

Caso-Control, estudios de
Tipo de estudio epidemiológico en la cual se busca inferir una asociación entre un determinado factor de riesgo y la ocurrencia de una determinada enfermedad en grupos seleccionados, a partir de la presencia de la enfermedad en cuestión en el grupo de estudio y su ausencia en el grupo control.

Caso esporádico o aislado
Caso que según las informaciones disponibles, no se presenta relacionado epidemiológicamente a otros casos.

Caso importado
Caso contraído en un país y detectado en otro, siempre que sea posible situar el origen de la infección en una zona conocida y se cumplan los periodos de transmisión e incubación específicos para cada enfermedad.

Caso Índice
Primero entre varios casos de naturaleza similar y epidemiológicamente relacionado. El caso índice es muchas veces identificado como fuente de contaminación e infección.

Caso inducido
Caso de una determinada enfermedad que puede ser atribuido a una transfusión de sangre u otra forma de inoculación parenteral, por lo tanto no es por transmisión natural.

Cobertura vacunal
Indicador que expresa la proporción de población blanco que fue vacunada conforme a las normas establecidas en la estrategia de vacunación según biológico

Comportamiento de Riesgo
Comportamiento de las personas que facilite adquirir o trasmitir una enfermedad.

Contaminación
Acción o momento por el cual una persona, animal o elemento (ambiente, agua, aire, tierra, alimento) se convierte en vehículo mecánico de diseminación de un agente patogénico.

Control de las Enfermedades
Acciones o intervenciones a desarrolladas con el objetivo de reducir la incidencia y/o prevalencia de enfermedades al más bajo nivel posible.

Defunción Intrahospitalaria
Es la defunción que ocurre una vez hospitalizado el paciente y hasta las 72 hora después de su egreso.

Defunción, causa básica de la...
La causa básica de la defunción es **a)** la enfermedad o lesión que inició la cadena de acontecimientos patológicos que condujeron directamente a la muerte, o **b)** las circunstancias del accidente o violencia que produjo la lesión fatal.

Defunción, causa intermedia de la ..
Es la enfermedad o complicación secuencial relacionada a la causa básica de muerte.

Defunción, causa final de la ..
Es la enfermedad, lesión o complicación que causó el fallecimiento.

Desinfección
Destrucción de agentes infecciosos que se encuentran fuera o en la superficie del cuerpo de personas o elementos contaminados, por medio de la exposición directa a agentes químicos o físicos.

Desinfección Terminal
Es la que se hace en el lugar donde estuvo un caso clínico o un portador, ocurriendo por lo tanto después de la fuente de infección dejo de existir (por muerte o curación) o después que abandonó el lugar.

Desinfestación
Cualquier proceso físico o químico por medio del cual se destruyen o eliminan artrópodos o roedores indeseables causantes de enfermedades, que se encuentren en el cuerpo de una persona, en la ropa, en el ambiente o en animales domésticos.

VII. Glosario de Términos

Diagnóstico Principal
Es el diagnósticos - entre los de egreso -, principalmente responsable del ingreso o la transferencia de un paciente al hospital.

Efectividad
Mide la consecuencia del propósito u objetivo general. En salud se mide por indicadores como expectativa de vida, mortalidad, morbilidad.

Efectos
Es el resultado final, deseado o no.

Eficacia
Capacidad de obtener resultados satisfactorios, ajustados a los objetivos y las metas.

Eficiencia
Obtención de resultados lo más satisfactorios posibles al menor costo.

Egreso Hospitalario
Es la salida de un paciente de los servicios de hospitalización . Puede ser por alta, defunción, transferencia a otro hospital (no son egresos las transferencias intrahospitalarias) o fuga.

Eliminación
Es la reducción a cero de la incidencia de una enfermedad con mantenimiento indefinido en el tiempo de las medidas de control, mientras no se erradique el agente.

Encuesta Epidemiológica
Relevamiento Epidemiológico hecho por medio de recolección ocasional de datos, casi siempre por muestreo y que aporta datos sobre factores de riesgo y/o la prevalencia de caso clínicos o portadores, en

Endemia
Es la presencia continua de una enfermedad o agente causal, dentro de un área geográfica o de un grupo de población. Generalmente, la definición se aplica a la prevalencia habitual de la enfermedad o factor en el área o grupo considerado. La endemicidad puede ser baja o alta y aún manifestarse solamente con un pequeño número de casos esporádicos.

Enfermedad Metaxénica
Es aquella cuyo agente causal cumple su ciclo evolutivo en dos o más huéspedes de distinta especie, principalmente cuando interviene como transmisor intermediario un vector invertebrado artrópodo.

Enfermedad Infecciosa
Ver infección.

Enfermedad Infecciosa Control de la ..
Conjunto de acciones que se realizan a fin de romper la cadena de transmisión en los puntos vulnerables. Las medidas de control pueden estar dirigidas a: eliminar o alterar la virulencia del patógeno, destruir los reservorios no humanos y de vectores, aislar las personas infectadas, establecer precauciones para el contacto con líquidos corporales infectados y con objetos contaminados; y mejorar la resistencia del huésped así como brindar un tratamiento oportuno.

Enfermedad Inmunoprevenible
Es toda enfermedad que se puede prevenir a través de la administración de vacunas, que van a reforzar el sistema inmunológico produciendo anticuerpos que posen acción específica sobre el microorganismo responsable de una enfermedad infecciosa o sobre sus toxinas.

VII. Glosario de Términos

Enfermedad de Transmisión Alimentaría
Es la enfermedad producida por la ingestión de cualquier alimento contaminado previamente por un agentes infecciosos o sus productos tóxicos.

Enfermedad Transmisible
Es cualquier enfermedad causada por un agente infeccioso específico o sus productos tóxicos, que se manifiesta por la transmisión de este agente o sus productos de un reservorio a un huésped susceptible, ya sea directamente o indirectamente por medio de un huésped intermediario (vegetal o animal), de un vector o del medio ambiente inanimado

Enfermedad Reemergente
Son aquellas conocidas, que aumentan después de una disminución significativa de la incidencia

Enzootia
Presencia continua, o prevalencia habitual de una enfermedad o agente infeccioso en la población animal de un área geográfica.

Epidemia por Fuente común
Epidemia en que aparecen muchos caso clínicos dentro del período de incubación de la enfermedad, o que sugiere la exposición simultánea (o casi simultánea) de muchas personas al agente etiológico. El ejemplo típico es el de las epidemias de origen hídrico.

Epidemia progresiva o por fuente propagada
Epidemia en la cual las infecciones son transmitidas de persona o de animal a persona, de modo tal que los casos identificados no pueden ser atribuidos a agentes transmitidos a partir de una única fuente.

Epidemia
Es la ocurrencia de la enfermedad en una comunidad o región que excede a la incidencia normal prevista durante un período bien definido. El número de casos que incida la existencia de una epidemia varía con el agente infeccioso, el tamaño y las características de la población expuesta, su experiencia previa o la falta de exposición a la enfermedad , el sitio y la época del año en que tiene lugar.

Establecimiento Centinela
Establecimiento soporte del Sistema de Vigilancia Epidemiológica, que ha seleccionado tomando en cuenta los siguientes criterios de riesgo:ubicación geográfica, situación socio-económica, incidencia y prevalencia de enfermedades, producción, coberturas,especialización, servicios y programas disponibles, redes de servicios, medios de comunicación, entre otros factores.

Establecimientos Notificantes
Todo establecimiento de salud que notifica las enfermedades de forma habitual.

Factor de Riesgo
Es un atributo o característica que se asocia con una probabilidad mayor de desarrollar un resultado específico, tal como la ocurrencia de un enfermedad. Este atributo no necesariamente constituye un factor causal. Se define también como la condición o situación a la cual se expone un huésped , capaz de alterar su estado de salud.

Fuente de Infección
Es la personal, animal , objeto o sustancia de la cual el agente infecciosos pasa a huésped.

Grupo de Edad
Es la agrupación de los pacientes por edades que facilitan el análisis y las comparaciones de las diferentes enfermedades, generalmente se hace una agrupación por cada 5 ó 10 años, o atendiendo a una característica en común, por ejemplo: Mujeres en edad fértil (de 15 a 49 años). Para efectos de la vigilancia epidemiológica institucional, se trabajará con la siguientes agrupación de edades: Menores de 1 año, 1 a 4, 5 a 9, 10 a 14, 15 a 19, 20 a 29, 30 a 39, 40 a 49, 50 a 59, 60 a 69, 70 a 79, de 80 a más.

VII. Glosario de Términos

Enfermedad de Transmisión Alimentaría
Es la enfermedad producida por la ingestión de cualquier alimento contaminado previamente por un agentes infecciosos o sus productos tóxicos.

Enfermedad Transmisible
Es cualquier enfermedad causada por un agente infeccioso específico o sus productos tóxicos, que se manifiesta por la transmisión de este agente o sus productos de un reservorio a un huésped susceptible, ya sea directamente o indirectamente por medio de un huésped intermediario (vegetal o animal), de un vector o del medio ambiente inanimado

Enfermedad Reemergente
Son aquellas conocidas, que aumentan después de una disminución significativa de la incidencia

Enzootia
Presencia continua, o prevalencia habitual de una enfermedad o agente infeccioso en la población animal de un área geográfica.

Epidemia por Fuente común
Epidemia en que aparecen muchos caso clínicos dentro del período de incubación de la enfermedad, o que sugiere la exposición simultánea (o casi simultánea) de muchas personas al agente etiológico. El ejemplo típico es el de las epidemias de origen hídrico.

Epidemia progresiva o por fuente propagada
Epidemia en la cual las infecciones son transmitidas de persona o de animal a persona, de modo tal que los casos identificados no pueden ser atribuidos a agentes transmitidos a partir de una única fuente.

Epidemia
Es la ocurrencia de la enfermedad en una comunidad o región que excede a la incidencia normal prevista durante un período bien definido. El número de casos que incida la existencia de una epidemia varía con el agente infeccioso, el tamaño y las características de la población expuesta, su experiencia previa o la falta de exposición a la enfermedad , el sitio y la época del año en que tiene lugar.

Establecimiento Centinela
Establecimiento soporte del Sistema de Vigilancia Epidemiológica, que ha seleccionado tomando en cuenta los siguientes criterios de riesgo:ubicación geográfica, situación socio-económica, incidencia y prevalencia de enfermedades, producción, coberturas,especialización, servicios y programas disponibles, redes de servicios, medios de comunicación, entre otros factores.

Establecimientos Notificantes
Todo establecimiento de salud que notifica las enfermedades de forma habitual.

Factor de Riesgo
Es un atributo o característica que se asocia con una probabilidad mayor de desarrollar un resultado específico, tal como la ocurrencia de un enfermedad. Este atributo no necesariamente constituye un factor causal. Se define también como la condición o situación a la cual se expone un huésped , capaz de alterar su estado de salud.

Fuente de Infección
Es la personal, animal , objeto o sustancia de la cual el agente infecciosos pasa a huésped.

Grupo de Edad
Es la agrupación de los pacientes por edades que facilitan el análisis y las comparaciones de las diferentes enfermedades, generalmente se hace una agrupación por cada 5 ó 10 años, o atendiendo a una característica en común, por ejemplo: Mujeres en edad fértil (de 15 a 49 años). Para efectos de la vigilancia epidemiológica institucional, se trabajará con la siguientes agrupación de edades: Menores de 1 año, 1 a 4, 5 a 9, 10 a 14, 15 a 19, 20 a 29, 30 a 39, 40 a 49, 50 a 59, 60 a 69, 70 a 79, de 80 a más.

VII. Glosario de Términos

Infección Intrahospitalaria o Nosocomial
Es todo proceso infeccioso transmisible, local o sistémico, que se inicia durante la "estadía", después de 48 horas del ingreso hasta las 72 horas después del egreso, y sin evidencia de tener la infección en el momento del ingreso. Incluye también las infecciones que se registran entre el personal y los visitantes del establecimiento de salud.

Inmunidad
Estado de resistencia general, asociado con la presencia de anticuerpos o células que poseen acción específica contra el microorganismo causantes de una enfermedad infecciosa o contra su toxina.

Inmunidad humoral
La inmunidad humoral pasiva se consigue naturalmente por la transmisión transplacentaria desde la madre o artificialmente por inoculación de anticuerpos protectores específicos, provenientes de animales inmunizados o suero hiperinmune de convaleciente, o seroglobulina inmune (humana); es breve días o meses.

La inmunidad humoral activa, que suele durar años, puede ser adquirida naturalmente como consecuencia de una infección con manifestaciones clínicas o sin ellas en forma artificial por inoculación del propio agente, muerto o modificado o en forma variante, o de fracciones o productos de tal agentes.

Insecticida
Cualquier sustancia química que se usa para destruir insectos ya sea en forma de polvo, líquido, líquido pulverizado, aerosol o rociado. Las sustancias utilizadas son generalmente de acción residual. El término larvicida se emplea por lo común para designar los insecticidas que se destinan específicamente a la destrucción de artrópodos que no han llegado a la fase de madurez; imagocida o adulticida se emplea para designar los insecticidas que se destinan específicamente a la destrucción de artrópodos que no han llegado a la fase de madurez; imagocida o adulticida se emplea para designar a los que se aplican para la destrucción de los artrópodos maduros o adultos. La palabra acaricida se usa para designar agentes contra las garrapatas y ácaros. A veces se usan vocablos más específicos, como por ejemplo pediculicida.

Investigación Epidemiológica
Es el procedimiento a través del cual se obtiene información complementaria sobre uno o más casos de determinadas enfermedades para establecer las fuentes, los mecanismos de transmisión y las medidas de control

Larvitrampas
Recipiente con agua donde se observan las larvas de los mosquitos después de la eclosión.

Latencia
Período en la evolución clínica de una enfermedad en el cual los síntomas desparecen a pesar de estar el huésped todavía infectado y de ya haber sufrido el ataque primario, una o varias recaídas u otras manifestaciones.

Letalidad, tasa de
Relación entre los muertos por una enfermedad y los enfermos que padecen esa enfermedad en una determinado período de tiempo. Se expresa generalmente en porcentaje.

OFICINA DE PLANEAMIENTO E INTELIGENCIA SANITARIA
V°B°
Dr. E. Espinoza A.
JEFE
OFIC. GRAL. EPS-ESSALUD

VII. Glosario de Términos

Marcadores biológicos de exposición
Indican la exposición presente o pasada del organismo a un agente externo (virus, agente químico, tóxico, etc) se trata de medidas cuya calidad (sensibilidad, especificidad), puede ser conocida y pueden ser utilizadas en poblaciones extensas. Un marcador de exposición puede ser la mejor forma de estimar una exposición difícil o imposible de estimar con otros métodos .

Monitoreo
Según los campos de actividad se define como:

a) Mediciones continuas que buscan detectar cambios en el ambiente o en el o en el estado de salud de la comunidad. No debe ser confundido con vigilancia

b) Continua medición del desempeño del servicio de salud o de profesionales, o del grado con que los pacientes adhieren a sus recomendaciones.

c) Del punto de vista de la administración es la continua observación de la implementación de una actividad, con el objetivo de asergurar que la liberación de los recursos, los esquemas de trabajo, los los objetivos establecidos y las otras acciones necesarias siendo procesadas de acuerdo a lo planeado.

Morbilidad
Presentación o comportamiento de fallecidos en una población durante un período determinado por lo regular un año.

Mortalidad, tasa de
Es la medida de frecuencia de fallecidos en una población durante un período determinado por lo regular un año.

Oportunista
Organismo que, viviendo normalmente como comensal o de vida libre, pasa a actuar como parásito, generalmente coincidiendo con una disminución de la resistencia natural del huésped.

Pandemia
Epidemia que alcanza grandes extensiones geográficas en forma casi simultánea o con desplazamiento rápido o lento de un continente a otro.

Parálisis Flácida
Signo neurológico que se vigila como indicador de la aparición de la Poliomielitis.

Patogenicidad
Capacidad de un agente biológico de producir enfermedad en un huésped susceptible.

Período de transmisibilidad
Tiempo durante el cual el agente infecciosos puede ser transferido directa o indirectamente de un persona infectada a otra, de un animal infectado al hombre o de un hombre infectado a un animal, inclusive artrópodos.

Población Asegurada
Es la población formalmente beneficiaria del Seguro Social del Perú, incluye el aportante y sus familiares. La fuente que se utilizará para el procesamiento de esta información es la proveniente de la Gerencia central de Recaudación y Mercadeo.

Prevención
Término que en salud pública significa una acción anticipada, cuyo objetivo es interceptar o anular la acción de la enfermedad. De acuerdo con las fases de su aplicación es posible considerar las siguientes categorías de medidas preventivas:

a) Prevención primaria a ser empleada en el período prepatogénico.
b) Prevención secundaria a ser aplicada en el período patogénico, tendiente a a logar la curación o evitar evitar el agravamiento de la enfermedad.

M O P

V°B
Dr. Rolando Mendoza A.
DEFE
DIRECCIÓN DE PLANEAMIENTO, EVALUACIÓN Y VIGILANCIA SANITARIA
DIPC-ECPS-ESSALUD

VII. Glosario de Términos

c) Prevención terciaria, utilizada en el período patogénico, tendiente a evitar la discapacidad y sus consecuencias y la muerte.

Prodrómico, período
Intervalo de tiempo entre los primeros síntomas de la enfermedad y el inicio de los signos o síntomas en base a los cuales puede establecerse el diagnóstico.

Quimioprofilaxis
Administración de una sustancia química incluidos los antibióticos para evitar el desarrollo o la evolución de una infección hasta manifestarse plenamente la enfermedad.

Reporte de Contingencia
Es la notificación inmediata hacia la Oficina de Planeamiento e Inteligencia Sanitaria (Nivel Central) de un evento anormal considerado como problema de Salud Pública, que ocurre en forma súbita en el nivel intrahospitalario o en la población en general.

Puede tratarse de brotes epidémicos, accidentes masivos, catástrofes o incidencia anormalmente elevada de signos y síntomas de alguna afección aún no diagnosticada, entre otros.

Reservorio
(de agentes infecciosos)
Es cualquier ser humano, animal, artrópodo, planta, suelo o materia inanimada donde normalmente vive y se multiplica un agente infeccioso y del cual depende para su supervivencia, reproduciéndose de manera que pueda ser transmitido a un huésped susceptible.

Semana Epidemiológica
Es el período estandarizado de notificación de eventos epidemiológicos, va desde el día domingo hasta el día sábado de cada semana. Es una denominación estandarizada a nivel internacional.

Servicio Hospitalario
Es el conjunto de recursos humanos y logísticos (entre ellos camas hospitalarias) a cargo de un jefe de servicio, que están diseñados para atención de un grupo de patologías con características comunes

SIDA
Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Es un trastorno clínico grave y mortal. Representa la última etapa clínica de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana, que daña en forma progresiva el sistema inmunológico y otros órganos y sistemas.

Sospechoso
Persona cuya historia clínica y síntomas sugieren que pudiera padecer o estar desarrollando alguna enfermedad.

Susceptible
Es cualquier persona o animal que no posee resistencia contra un agente patógeno determinado, que la proteja contra la enfermedad si llega a estar en contacto con este agente.

Sensibilidad
Es la capacidad del procedimiento de diagnóstico de efectuar diagnósticos correctos de enfermedad cuando la misma esta presente (verdaderos positivos o enfermos).

P Q R S

VII. Glosario de Términos

Sensibilidad de un Sistema de Vigilancia Epidemiológica
Es la capacidad que tiene un sistema de vigilancia de detectar los caso verdaderos del evento bajo vigilancia. Un sistema con 100% de sensibilidad detectará todos los agravios / enfermedades que ocurren en la población. Un sistema que no tenga una sensibilidad alta, no podrá ser útil para la determinación de tendencias.

Susceptible
Cualquier persona o animal que no posee suficiente resistencia contra una agente patógeno determinado que le proteja contra la enfermedad si llega a estar en contacto con el agente.

Transmisión (Transmisibilidad) periodo de :
Intervalo de tiempo durante el cual una persona o animal infectado transfiere un agente biológico a otro individuo, al medio ambiente o al organismo de un vector hematófago, posibilitando por lo tanto su transmisión a otro huésped.

Transmisión, modo de
Transferencia del agente etiológico sin presencia de vehículos.
•**Inmediata:** con contacto entre la fuente primaria de infección y el nuevo huésped.
•**Mediata**: sin contacto físico. La transmisión se hace por medio de secreciones oronasales (gotitas de pflugge)

Transmisión indirecta
Transferencia de agente etiológico por medio de vehículos animados o inanimados. Para que la transmisión indirecta pueda ocurrir, es esencial que:

•Los gérmenes sean capaces de sobrevivir fuera del organismo durante un cierto tiempo.
•Haya un vehículo apto que lleve los gérmenes de una lugar a otro, de modo que permita sobrevivir al agente.

Trascendencia
Uno de los criterios para definir prioridades en salud pública. Es un conjunto de características presentadas por enfermedades o agravios, de acuerdo con su presentación clínica y epidemiológica, de las cuales las más importantes son:

•**Severidad:** medida por las tasas de letalidad, hospitalización y secuelas
•**Relevancia social:** significa el valor que la sociedad atribuye subjetivamente a la ocurrencia del evento.
•**Relevancia económica:** debido a restricciones comerciales, discapacidad ausentismo labora, costo de tratamiento etc.

Tasa
Es una relación en la cual el numerador indica el número de veces que ocurrió un evento o fenómeno en un área determinada y en un período definido, y el denominador representa el número de habitantes de la población en la cual ocurrió el fenómeno estudiado. Se multiplica por una constante que varía según las tasas. Se conocen dos tipos de tasas: las crudas, generales o brutas y las especificas.

Tasa bruta
De mortalidad
Se incluyen los fallecidos por todas las causas en población general.

Tasa específica de mortalidad
Se incluyen sólo los fallecidos por una determinada causa o grupo de edad, o sexo en la población específica.

Tasa de Morbilidad
Tasa que expresa el número de personas de una población determina que se enferman durante un período de tiempo dado. La tasa se puede hacer específica, por ejemplo, por sexo, grupo etáreo, u otra característica.

Vº Bº
Dr. E. Espinoza A.
JEFE

VII. Glosario de Términos

Tasa de Mortalidad General

Es el número de defunciones producidas por todas las causas, en la población incluyendo todas las edades, durante un período determinado, por la regular un año, multiplicada por una constante de 1,000. Puede también hacerse especifica por daños, sexo, grupos etáreos, etc.

Tasa de Mortalidad Infantil

Expresa el número de muertes menores del 1 año, en un área determinada en un intervalo de tiempo, generalmente un año calendario, dividido por los nacidos vivos en el mismo período y área geográfica multiplicado por una constante (1,000).

Tasa de Mortalidad Materna

Se define como la muerte de una mujer durante el embarazo, el parto o el puerperio (42 días posteriores al término de la gestación), dependientemente de localización o duración de la gestación, debido a cualquier causa relacionada o agravada por la gravidez, o por medidas tomadas con relación a ellas; y por tanto no debido a otras causas accidentales o incidentales.

$$\text{Tasa de Mortalidad General} = \frac{\text{Total de defunciones ocurridas en un período determinado}}{\text{Población total en dicho período}} \times 100$$

$$\text{Tasa de Mortalidad Infantil} = \frac{\text{N° de Muertes en menores de 1 año}}{\text{Nacidos vivos}} \times \text{constantes}$$

$$\text{Tasa de Mortalidad Materna} = \frac{\text{N° de Muertes por causas maternas}}{\text{Nacidos vivos (en el mismo período y área geográfica)}} \times \text{constantes}$$

V°B°
Espinoza A.
JEFE
OFICINA DE PLANEAMIENTO E INTELIGENCIA SANITARIA
OPC-GPS-ESSALUD-MINSA

VII. Glosario de Términos

Tasa de incidencia
Es una estimación directa de la probabilidad o riesgo de contraer una enfermedad durante un período de tiempo especificado. Se calcula dividiendo el número de nuevos casos de una enfermedad (numerador) diagnosticados o notificados y aparecidos en una población definida en un período de tiempo, entre el número de personas de la población en que se produce el evento (denominador). Generalmente se expresa en términos del número de caso por 1,000 ó 100,000 habitantes por año.

Tasa de Prevalencia
Es el número relativo de casos existentes (primeros casos y repetidos) de un enfermedad especifica con respecto al total de personas, en una fecha o durante un período de tiempo especificado, multiplicado por una constante. La tasa de prevalencia equivale a la de incidencia multiplicada por la duración promedio de la enfermedad. Se emplean dos tipos de tasas de prevalencia: la de prevalencia momentánea y la de período.

Prevalencia momentánea se refiere al número de casos presentes en un momento determinado del tiempo, en tanto que la **prevalencia de período** corresponde al número de casos que ocurren durante un intervalo especificado de tiempo, por ejemplo : un año.

La prevalencia y la incidencia son medida de morbilidad (enfermedad), que se diferencian en que la incidencia se calcula a partir de los primeros casos y sirve para medir el riesgo de contraer un enfermedad; en tanto que la prevalencia mide el número total (primeros casos y repetidos) de personas que tienen la enfermedad, sin precisar el riesgo.

$$\textbf{Tasa de Incidencia} = \frac{\text{Número de enfermos nuevos de una afección Determinada, durante un período}}{\text{Población total en dicho período}} \times \text{constante}$$

$$\textbf{Tasa de Prevalencia} = \frac{\text{Número de Enfermos de una afección Determinada durante un período o momento dado}}{\text{Población total del período}} \times \text{constantes}$$

VII. Glosario de Términos

Tasa de Letalidad
Es una relación expresada generalmente en forma de porcentaje, cuyo denominador es el número de personas diagnosticadas de una enfermedad en particular, y el numerador es la cantidad de las personas que fallecen a consecuencia de esa enfermedad. La letalidad indica la severidad de la enfermedad y se refiere a las muertes ocurridas entre las personas con la enfermedad.

$$\text{Tasa de Letalidad} = \frac{\text{Total de defunciones por una enfermedad durante un período}}{\text{Total de casos de dicha enfermedad en El período}} \times 100$$

Usuario Asegurado
Es parte de la población asegurada que hace uso de los servicios de salud de la institución.

Usuario No Asegurado
Es el usuario de los servicios de salud que no tiene la condición de asegurado.

Vacuna
Preparación conteniendo microorganismos vivos o muertos o sus fracciones, poseedora de propiedades antigénicas. Son empleadas para inducir en un individuo una inmunidad activa y específica contra un microorganismo

Vector
Un insecto o cualquier vehículo vivo que transporta un agente infeccioso desde un individuo infectado o sus desechos, hasta un individuo susceptible, su comida o su ambiente inmediato. El agente puede o no desarrollarse, propagarse o multiplicarse dentro del vector.

Ventana Inmunológica
Conjunto de actividades que proporciona información indispensable para conocer, detectar o prever cualquier cambio en la ocurrencia de la enfermedad o en los factores condicionantes del proceso salud-enfermedad, con la finalidad de recomendar oportunamente las medidas indicadas que conduzcan a prevenir o controlar las enfermedades.

Vigilancia Epidemiológica
Es la observación sistemática, activa y prolongada de la ocurrencia y distribución de ciertas enfermedades, dolencias o daños, así como de sus factores determinantes o de riesgo, para la toma de acciones oportunas tendientes a mejorar la situación.

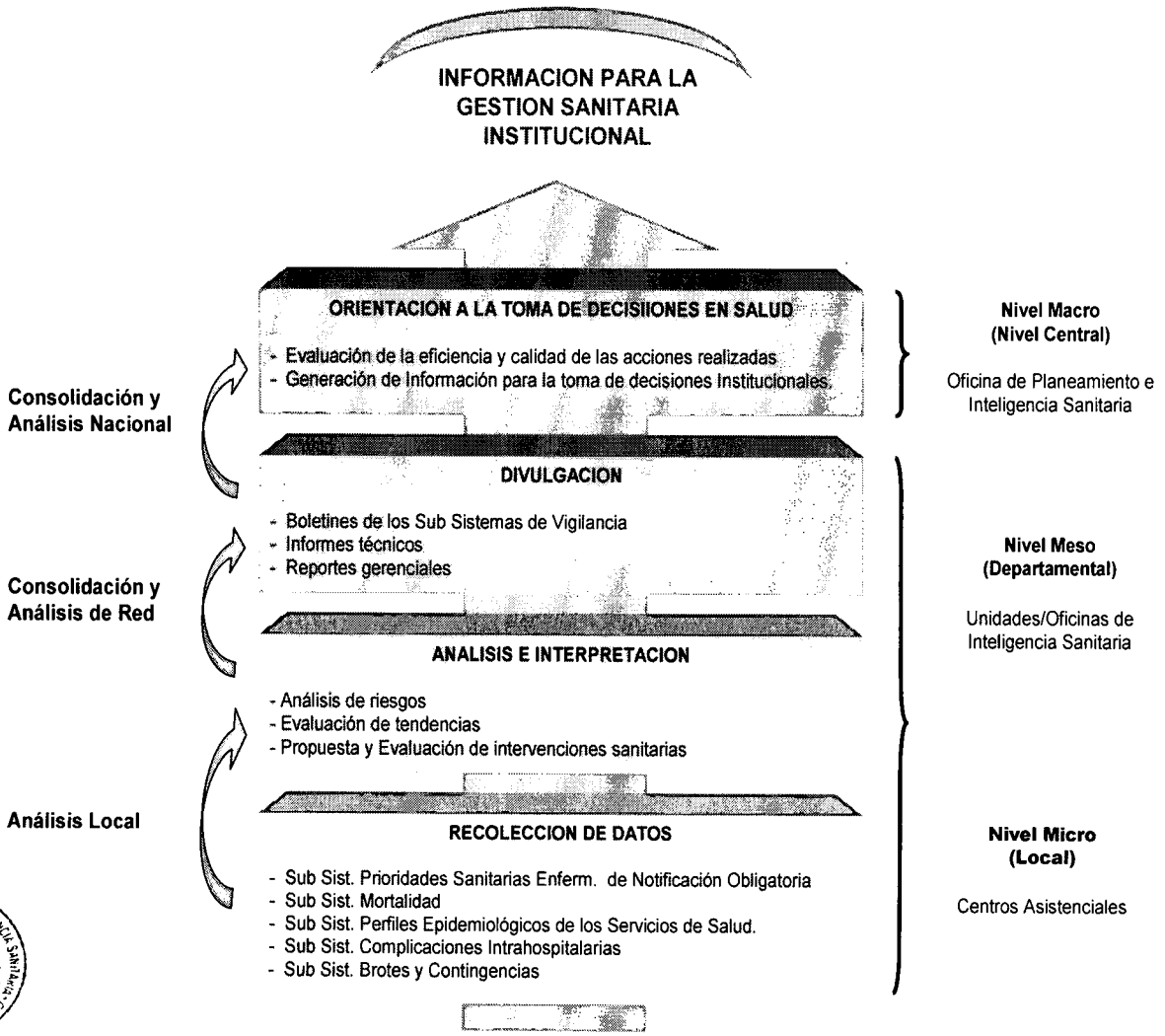
Virulencia
Grado de patogenicidad de un agente infeccioso, indicado por las tasas de letalidad, o por su capacidad para invadir y lesionar los tejidos del huésped, o por ambos parámetros.

Vulnerabilidad
Es la susceptibilidad de un problema de salud que permite su reducción por existir instrumentos específicos de prevención y control

Zoonosis:
Es una infección o enfermedad infecciosa transmisible, que en condiciones naturales, se transmite entre los animales vertebrados y el hombre.

ANEXO 1

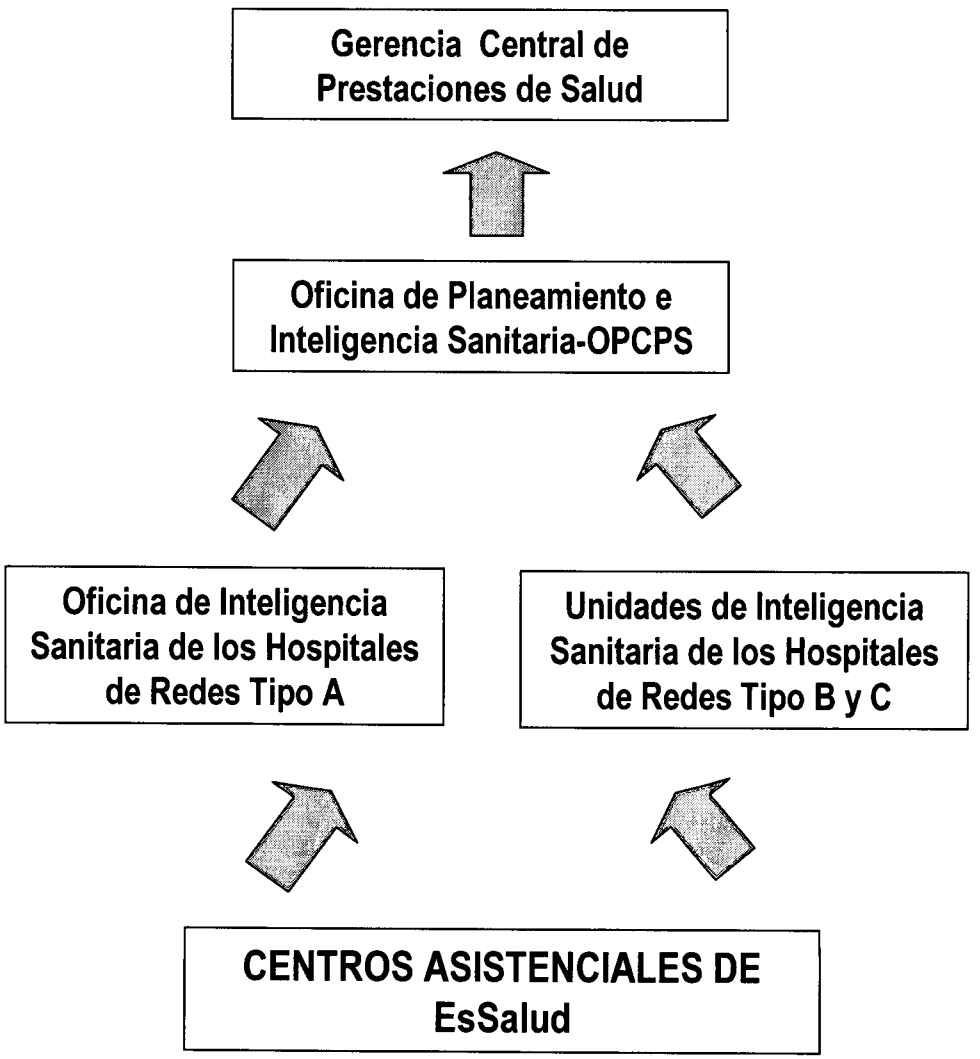
Operacionalización del Sistema de Vigilancia en Salud Pública e Inteligencia Sanitaria en EsSalud



V°B°
M. Espinoza A.
JEFE
OPE-GCPS-ESSALUD

ANEXO 2

Flujograma de Información del Sistema de Vigilancia en Salud Pública e Inteligencia Sanitaria en EsSalud



ANEXO 3

Listado de Establecimientos Base del Sistema de Vigilancia en Salud Pública e Inteligencia Sanitaria en EsSalud

	Red Asistencial	Establecimiento	Nivel	Sub Sistemas de Notificación				
				Mortalidad	Complicaciones. Intrahospitalarias.	Prioridades Sanitarias y Enfermedades de Notificación Obligatoria	Perfiles Epidemiológicos de los SS	VIH/SIDA
Macro Región Norte								
1	Amazonas	Chachapoyas	H.I	+	+	+	+	+
2	Ancash	Chimbote	H.III	+	+	+	+	+
3	Cajamarca	Cajamarca	H.II	+	+	+	+	+
4	La Libertad	Víctor Lazarte Echegaray	H.III	+	+	+	+	+
5	Lambayeque	Almanzor Aguinaga Asenjo	H. IV	+	+	+	+	+
6	Moyobamba	Moyobamba	H.I	+	+	+	+	+
7	Piura	Cayetano Heredia	H. III	+	+	+	+	+
8	Tarapoto	Tarapoto	H.II	+	+	+	+	+
9	Tumbes	Tumbes	H. I	+	+	+	+	+
Lima								
10	Almenara	Guillermo Almenara Irigoyen	H.IV	+	+	+	+	+
11	Rebagliati	Edgardo Rebagliati Martins	H.IV	+	+	+	+	+
12	Sabogal	Sabogal	H.IV	+	+	+	+	+
Macro Centro								
13	Huancavelica	Huancavelica	H.II	+	+	+	+	+
14	Huanúco	Huanúco	H.II	+	+	+	+	+
15	Junín	Huancayo	H.IV	+	+	+	+	+
16	Pasco	Cerro de Pasco	H.II	+	+	+	+	+
Macro Oriente								
17	Loreto	Iquitos	H.II	+	+	+	+	+
18	Ucayali	Pucallpa	H.II	+	+	+	+	+
Macro Sur								
19	Apurimac	Abancay	H.II	+	+	+	+	+
20	Arequipa	Carlos Alberto Seguín	H.IV	+	+	+	+	+
21	Cusco	Sur Este	H.IV	+	+	+	+	+
22	Juliaca	Juliaca	H.III	+	+	+	+	+
23	Madre de Dios	Victor Lazo Peralta	H.I	+	+	+	+	+
24	Moquegua	Moquegua	H.II	+	+	+	+	+
25	Puno	Puno	H III	+	+	+	+	+
26	Tacna	Daniel Alcides Carrión	H.III	+	+	+	+	+
Macro Sur-Este								
27	Ayacucho	Huamanga	H.I	+	+	+	+	+
28	Ica	Felix Torrealva	H.III	+	+	+	+	+

V°B°
Espinoza A.
JEFE
OFICINA DE FORTALECIMIENTO DE INTELIGENCIA SANITARIA - GCPS-ESSALUD

ANEXO 4

Recursos Mínimos necesarios por Hospital Base de las Redes Asistenciales

RECURSOS	NIVEL DE ATENCION			
	NIVEL IV	NIVEL III	NIVEL II	NIVEL I
I. Recursos Humanos				
Dedicación	Personal a dedicación exclusiva Responsable de la Red	Personal a dedicación exclusiva Responsable de la Red	Personal a dedicación exclusiva Responsable de la Red	Personal a dedicación exclusiva Responsable de la Red
Jefatura	Profesional de salud, con post grado en epidemiológia y/o Salud Pública	Profesional de salud, con post grado en epidemiológia y/o Salud Pública	Profesional de salud, con estudios en epidemiológia y/o Salud Pública	Profesional de salud, con estudios en epidemiológia y/o Salud Pública
Medicos	02 Médicos con estudios en Epidemiología o Salud Pública	01 Médico con estudios en Epidemiología o Salud Pública	01 Médico con estudios en Epidemiología o Salud Pública	0
Enfermeras	03 Enfermeras con estudios en Epidemiología o Salud Pública	02 Enfermeras con estudios en Epidemiología o Salud Pública	01 Enfermera con estudios en Epidemiología o Salud Pública	01 Enfermera con estudios en Epidemiología o Salud Pública
Microbiologo	01 Microbiólogo con estudios Epidemiología o Salud Pública	01 Microbióloga con estudios Epidemiología o Salud Pública	0	0
Personal Administrativo	01 Analista programador 01 Secretaria digitadora	01 Analista programador 01 Secretaria digitadora	01 Digitadora (D.E.)	01 Digitadora (D.E.)
II. Planta Física				
	Oficina Sala de reuniones	Oficina Sala de reuniones	Oficina Sala de reuniones	Oficina Sala de reuniones *
III. Equipamiento				
	Computadora Pentuim IV (6 Unid	Computadora Pentuim IV (5 Unida	Computadora Pentuim IV (4 Unidad	Computadora Pentuim IV (3 Unidades)
	Impresora Laser	Impresora Laser	Impresora Laser	Impresora Laser
	Teléfono - Fax	Teléfono - Fax	Teléfono - Fax	Teléfono - Fax
	Correo electrónico (Institucional)	Correo electrónico (Institucional)	Correo electrónico (Institucional)	Correo electrónico (Institucional)
	Escaner	Escaner		

V°B°
Dra. E. Espinoza A.
JEFE

ANEXO 5

Oficinas y Unidades de Inteligencia Sanitaria a Nivel Nacional

