

➡ **SECCIÓN EPIDEMIOLOGÍA: Editorial**

➡ **Implementación del nuevo Sistema Nacional de Vigilancia en Salud (SNVS 2.0)**

➡ **OMS: nueva Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11)**

➡ **SECCIÓN ENFERMERÍA EN CONTROL DE INFECCIONES: Presentación del Servicio.**

➡ **GACETILLA PARA LA COMUNIDAD: Intoxicación por monóxido de carbono.**

SECCION EPIDEMIOLOGÍA

Editorial

Este número del Epi San Juan está orientado a la gestión de la información en salud.

Es habitual escuchar que las estadísticas en Argentina no son confiables. Quisiera detenerme un instante en esta afirmación. ¿Por qué no son confiables nuestros datos? ¿Sabemos, por ejemplo, cuales son las enfermedades prevalentes en nuestro medio? ¿De donde surgen las cifras de mortalidad materno-infantil? En referencia al debate sobre la ley para la despenalización del aborto se reclama mucha data sobre: incidencia de abortos incompletos o sépticos, mortalidad, etc. ¿Qué información tenemos al respecto? ¿Cuán confiable es? Para responder estas preguntas creo que tenemos que recorrer el camino de la información desde su origen hasta la publicación final.

El origen de todo dato sanitario está vinculado a la asistencia de los pacientes, si no existe un registro confiable y constante de ese momento mal podemos obtener resultados veraces. ¿Todo el equipo de salud está en conocimiento de la Ley Nacional de Notificación de Enfermedades Obligatorias (Ley nº15465/60)? En el artículo 4° y 5° de esta ley, se menciona a los responsables de las denuncias (**Art. 4° - Están obligados a la notificación:** a) *El médico que asista o haya asistido al enfermo o portador o hubiere practicado su reconocimiento o el de su cadáver;* b) *El médico veterinario, cuando se trate, en los mismos supuestos, de animales;* c) *El laboratorista y el anatomopatólogo que haya realizado exámenes que comprueben o permitan sospechar la enfermedad.* **Art. 5° - Están obligados a comunicar la existencia de casos sospechosos de enfermedad** comprendida en el artículo 2, en la persona humana y en los animales, el odontólogo, la obstétrica, kinesiólogo y, los que ejercen alguna de las ramas auxiliares de las ciencias médicas).

El manual de normas que reglamenta esta Ley fue modificado por última vez en el 2007, donde se incluyeron no solo las clásicas enfermedades transmisibles (fiebre amarilla, cólera, botulismo, etc.) sino también eventos tales como intentos de suicidio, intoxicaciones, accidentes, agresiones, enfermedad tipo influenza, etc. Como puede inferirse todo centro asistencial tanto público como privado, que atienda una suma no muy significativa de casos debería, seguramente, tener notificación. ¿Esto ocurre realmente?



Publicación realizada por la
Sala de Epidemiología Hospitalaria
conjuntamente con el
Área de Comunicación
y la Técnica en Estadística
Sra. Adriana Pelassini

episanjuan27y70@gmail.com



¿Todos conocemos a que nos referimos cuando hablamos del CIE-10 (a futuro CIE-11, como se verá en el presente número)? Creo que al responder estos interrogantes tomaremos conciencia de nuestros propios errores y nuestra responsabilidad en la génesis de la información sanitaria.

Hace algunos años me pidieron que exponga sobre el subregistro, lo que me obligó a cotejar los diferentes componentes que presenta el sistema de información sanitaria. Desde la notificación del efector hasta la llegada de la misma a las entidades internacionales (OPS, OMS, etc.), pasando por los niveles nacionales intermedios municipios, regiones, programas o direcciones provinciales y por último nacionales. En general podría decirse que el flujo de ascenso de los datos está bien sistematizado y es mejor aún con las bases de notificación on-line, de las cuales también nos referiremos en este número. Creo que el grave problema es la generación de los datos.

En esa oportunidad recuerdo que presenté una diapositiva donde hablaba de las **4 “DES”** responsables de la baja calidad de la información. La más importante de estas “DES” es el **DESconocimiento**, en primer lugar de la patología por la cual se solicita la asistencia o sea el SUBDIAGNOSTICO, y en segundo lugar el desconocimiento de la obligatoriedad de la notificación. Una cualidad muy importante para mantener el sistema de información es la constancia en la producción de la información, allí nace otra “DES” que es la **DESmotivación**, hemos escuchado en reiteradas oportunidades “es mucho papelerío”, “es muy burocrático”, “no tengo un administrativo”, “nunca recibo nada a cambio de los datos que envío”. Para solucionar en parte esta última aseveración es que comenzamos con este boletín. La **DESorganización** en las diferentes estaciones que integran el proceso de comunicación es otra causa importante de pérdida de datos, o los cambios reiterados en la forma de recolectar los datos o las modificaciones en las definiciones de los indicadores que crean variaciones que impiden las comparaciones históricas. Por último, la cuarta “DES” se la voy a dejar para que cada lector la evalúe según su criterio, se trata de la **Deslealtad**, cuando se utiliza la información en forma espuria adulterando o malversando datos o simplemente presentándolos intencionadamente de tal manera que un observador sin mucho conocimiento saque conclusiones sesgadas.

Oscar Fernández
A cargo del Área de
Epidemiología Hospitalaria

Implementación del nuevo Sistema Nacional de Vigilancia en Salud en el entorno del Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentina (SISA).

Fuente: Ministerio de Salud de Nación.

En Argentina, la vigilancia de la salud se viene desarrollando desde 1960, año en el que se promulgó la Ley 15.465 de “Notificaciones Médicas Obligatorias”.



Publicación realizada por la Sala de Epidemiología Hospitalaria conjuntamente con el Área de Comunicación y la Técnica en Estadística Sra. Adriana Pelassini

episanjuan27y70@gmail.com



SAN JUAN DE DIOS

HOSPITAL INTERZONAL ESPECIALIZADO DE AGUDOS Y CRÓNICOS

Calles 27 y 70. La Plata. Prov BA. Argentina

La vigilancia epidemiológica implica un conjunto de actividades que permiten reunir información indispensable sobre el comportamiento de eventos de salud-enfermedad de la población y los factores que los condicionan, detectar o prevenir cualquier cambio que pueda ocurrir con el fin de orientar oportunamente el proceso de toma de decisiones sobre las medidas dirigidas a la prevención y el control de la enfermedad y a mejorar la calidad de la salud de la población. La OPS define la vigilancia como el “análisis, interpretación y difusión sistemática de datos colectados, generalmente usando métodos que se distinguen por ser prácticos, uniformes y rápidos, más que por su exactitud o totalidad, que sirven para observar las tendencias en tiempo, lugar y persona, con lo que pueden observarse o anticiparse cambios para realizar las acciones oportunas, incluyendo la investigación y/o la aplicación de medidas de control”. (Ministerio de Salud de Nación- 2013)

La característica esencial de la actividad de vigilancia epidemiológica es la existencia de una observación continua y una recolección sistemática de datos sobre los eventos considerados para cada momento. Es su función que los datos recolectados y analizados se constituyan en un insumo útil para la toma de decisiones en los servicios de salud.

Observar las tendencias en tiempo, lugar, persona resulta esencial para las actividades de prevención y se constituye en una herramienta para la asignación de recursos y evaluación de los servicios.

En este sentido, el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud constituye la estrategia oficial para cumplir con la notificación obligatoria y tiene por objetivos:

Establecer redes de comunicación entre diferentes actores de la vigilancia, con distintos niveles de responsabilidad, permitiendo así la generación de información integrada, completa y oportuna.

Posibilitar el uso, análisis y difusión de información de salud relevante en todos los niveles y sectores con responsabilidad en la promoción, prevención y control de enfermedades y riesgos para la salud de la población.

Permitir la vigilancia integrada de los eventos notificables que afectan a la salud de la población, incluyendo los componentes de atención de la salud, ambientales, alimentarios y zoonóticos, entre otros.

Identificar grupos vulnerables e inequidades en salud y posibilitar intervenciones con criterios de equidad, calidad y oportunidad en la **prevención de enfermedades** y riesgos, en la **investigación y control de eventos** que puedan afectar a conjuntos poblacionales, y en el seguimiento de casos para garantizar su **acceso a la salud**.

El Ministerio de Salud de la Nación ha impulsado el fortalecimiento de la vigilancia de la salud a través de la implementación, a partir del año 2002, del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS).

En esa primera versión tuvo un formato modular, implementándose a partir del año 2004 de manera sucesiva los módulos C2 (vigilancia clínica), UC (Unidades Centinela) y SIVILA (Vigilancia por laboratorios). Para el año 2006 todas las provincias notificaban al módulo C2 y para el año 2009 todas habían implementado el SIVILA. La integración de

información de los casos provenientes de la vigilancia clínica (C2) y la vigilancia por laboratorios (SIVILA) desde el año 2010 permitió: aumentar significativamente la sensibilidad del sistema y las posibilidades de implementar acciones de prevención, control y seguimiento.

Sin embargo, esta integración se realiza “fuera” del sistema, imponiendo límites en los usos y la disponibilidad de la información para todos los participantes del SNVS. Es por ello que desde el año 2016 se comienza a trabajar en la conformación de un sistema integrado intentando superar las limitaciones previas a través del SNVS 2.0.



Publicación realizada por la
Sala de Epidemiología Hospitalaria
conjuntamente con el
Área de Comunicación
y la Técnica en Estadística
Sra. Adriana Pelassini
episanjuan27y70@gmail.com



Calles 27 y 70. La Plata. Prov BA. Argentina

Esta nueva versión constituye un sistema de información para la comunicación en tiempo real con un concepto de red federal, vinculando a los servicios, referentes y áreas intra-provinciales, a las provincias entre sí y con el Ministerio de Salud de la Nación. A su vez, integra los componentes clínico, epidemiológico, de laboratorio y las acciones de control en todos los niveles.

El SNVS 2.0 participa y se nutre de la plataforma tecnológica del Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentina (SISA), utilizando fuentes oficiales de información de ciudadanos, establecimientos y profesionales.

Entre los propósitos y objetivos de este nuevo entorno se encuentran:

- Unificar los sistemas de información de los Eventos de Notificación Obligatoria (ENO);
- Dar respuesta a las necesidades de información de eventos de vigilancia intensificada;
- Comunicar a los actores involucrados en la vigilancia y en la asistencia;
- Integrar con otros registros sanitarios a partir de la ficha del ciudadano;
- Mejorar el funcionamiento del software y la experiencia de los usuarios.

¿Qué es SISA?

El Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino (SISA) es un proyecto de tecnología de la información que da respuesta a las necesidades del Ministerio de Salud de la Nación y de los ministerios provinciales respecto de la gestión de los datos de sus establecimientos, profesionales, programas o prestaciones para la comunidad para la evaluación de la actividad y la toma de decisiones. La información que constituye la columna vertebral del sistema sanitario es digitalizada en todos los niveles de atención de la salud. Esto permite integrarla y hacerla disponible en etapas de implementación graduales de largo plazo.

Los registros constructores del SISA son:

- El Registro Federal de Establecimientos (REFES)
- El CUS- Padrón de ciudadano
- El Registro Federal de Profesionales(REFESP) El SNVS2.0 utiliza de forma directa el CUS y el REFES y tiene la potencialidad de vincularse a otros registros nominales como Nomivac, VIH, etc. porque utiliza el mismo padrón de ciudadanos.

OMS: nueva Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11)

18 de junio de 2018 – Fuente: Organización Panamericana de la Salud

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), que es el instrumento fundamental para identificar tendencias y estadísticas de salud en todo el mundo, contiene alrededor de 55.000 códigos únicos para traumatismos, enfermedades y causas de muerte. Proporciona un lenguaje común que permite a los profesionales de la salud compartir información sanitaria en todo el mundo.

La CIE-11, que se viene elaborando desde hace más de 10 años, contiene mejoras significativas con respecto a las versiones anteriores. Por primera vez es completamente electrónica y tiene un formato mucho



Publicación realizada por la
Sala de Epidemiología Hospitalaria
conjuntamente con el
Área de Comunicación
y la Técnica en Estadística
Sra. Adriana Pelassini
episanjuan27y70@gmail.com



más fácil de usar. Asimismo ha habido una participación sin precedentes de los trabajadores sanitarios, que han asistido a reuniones de colaboración y han presentado propuestas.

La CIE-11 se presentará en la Asamblea Mundial de la Salud de mayo de 2019 para su adopción por los Estados Miembros, y entrará en vigor el 1 de enero de 2022. Esta presentación es un avance que permitirá a los países planificar cómo usar la nueva versión, preparar las traducciones y capacitar a los profesionales de la salud de todo el país. La CIE también es utilizada por las aseguradoras médicas cuyos reembolsos dependen de la codificación de la CIE, por los administradores de los programas nacionales de salud, por los especialistas en recopilación de datos, y por otras personas que hacen un seguimiento de los progresos en la salud mundial y determinan la asignación de los recursos sanitarios.

La CIE-11 también refleja mejor los datos relativos a la seguridad en la atención sanitaria, lo que significa que pueden identificarse y reducirse los eventos innecesarios que pueden perjudicar la salud, como los flujos de trabajo poco seguros en los hospitales. La nueva CIE también contiene nuevos capítulos: uno sobre medicina tradicional -lo cual es significativo, ya que, aunque millones de personas usan la medicina tradicional en todo el mundo, esta nunca había sido clasificada en este sistema-, y otro sobre salud sexual, en el que se incluyen afecciones que anteriormente estaban clasificadas en otras secciones (por ejemplo, la incongruencia de género se incluía dentro de las afecciones mentales) o se describían de modo diferente. El trastorno del videojuego se ha añadido a la sección relativa a trastornos de adicción.

La CIE-11 está vinculada a las denominaciones comunes de la OMS para los productos farmacéuticos y puede utilizarse para el registro de los cánceres. La CIE-11 ha sido diseñada para su utilización en múltiples idiomas: una plataforma central de traducción asegura que sus características y resultados estén disponibles en todos los idiomas traducidos. Las tablas de transición desde la CIE-10 y a la CIE-10 soportan la migración a la CIE-11. La OMS apoyará a los países en su avance hacia la aplicación de la nueva CIE-11. (1)

SECCIÓN ENFERMERÍA EN CONTROL DE INFECCIONES

Presentación del Servicio

En la actualidad, está ampliamente demostrado que las infecciones hospitalarias incrementan el costo de la salud, la morbilidad y mortalidad de los pacientes y son un indicador negativo de calidad. Las infecciones hospitalarias - que pueden ser prevenidas entre un 30% y 50%- están causadas primariamente por problemas en las prácticas de cuidado de pacientes. El cambio de prácticas inadecuadas para el control de las infecciones requiere de un programa de control que consiste en un sistema de intervención organizado con objetivos específicos para lograr cambios de conductas en todos los agentes de salud involucrados.

¹ Para más información, puede consultar la página web de la OMS sobre la Clasificación Internacional de Enfermedades [Epi julio 18.docx](#) sitio web de la CIE <http://www.who.int/health-topics/international-classification-of-diseases> la herramienta CIE-11 <https://icd.who.int/>



Publicación realizada por la
Sala de Epidemiología Hospitalaria
conjuntamente con el
Área de Comunicación
y la Técnica en Estadística
Sra. Adriana Pelassini
episanjuan27y70@gmail.com



Sus orígenes

Las Infecciones Hospitalarias cobraron mayor interés cuando a mediados del siglo pasado una pandemia de enfermedades causadas por *Staphylococcus* azotó a los hospitales públicos en Europa. Fue así como a fines de 1959 -en Gran Bretaña- se diseñó un “Nuevo proyecto para el control de las infecciones”, que consistía en emplear los servicios de una enfermera para el control de las infecciones (ECI). El cargo fue ocupado por la Supervisora de Quirófano del Hospital de Oxford, E.M. Cottrell.

Cuatro años después en Estados Unidos, la Enfermera Key Wenzel se convirtió en la pionera de esta actividad profesional, designada como figura central del Programa de Control de Infecciones en el Hospital de la Universidad de Stanford.

En nuestro país el control de infecciones comenzó en 1979, cuando el Dr. Daniel Stamboulián tras su formación en los Estados Unidos creó un servicio de Infectología y Control de Infecciones en el Sanatorio Güemes de Buenos Aires.

ECI en el H.I.E.A y C “San Juan de Dios”

En el año 2010 con la Dirección Ejecutiva de la Dra Gabriela Alberich y como Jefa del Departamento de Enfermería la Lic. Mirta Marlia, se elige a la Lic en Enfermería Leticia Barragan para cumplir el rol como Enfermera en Control de Infecciones. En ese mismo año se realiza la solicitud y capacitación para incorporarse al Programa VIHDA (Programa Nacional de Epidemiología y Control de Infecciones Hospitalarias, Oficial del Ministerio de Salud de la Nación) y se reanudan las actividades del Comité en Control de Infecciones.

Se comenzaron las actividades en el servicio de Unidad de Terapia Intensiva y Quirófano de Cirugía Cardiovascular y en el año 2012 se incorporan los servicios de Unidad Coronaria y Recuperación de Cirugía Cardiovascular.

Las actividades que se realizan desde el inicio son la vigilancia activa de los servicios mencionados, registro de Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud (IACS) en el Programa VIHDA el cual es sincronizado con el Instituto Nacional de Epidemiología, obteniendo distintas Tasas, realizar Cursos y Capacitación en la institución y en la provincia de Buenos Aires, capacitación continua para mantenerse actualizada y brindar soluciones oportunas y de excelencia al equipo interdisciplinario, integrar el Comité de Control de Infecciones, entre otras.

El Servicio de Enfermería en Control de Infecciones articula con todos los Servicios y Áreas del Hospital ya que la columna vertebral de la actividad es la recolección de datos y vigilancia continua para disminuir las IACS en nuestra institución.