



# Vigilancia Centinela de NB-MB y RV. Experiencia del Hospital Central “Dr. Emilio Cubas” Instituto de Previsión Social Asunción - Paraguay

Dra. Ana Fiandro – Vigilancia de Rotavirus

Dra. Marta von Horoch – Vigilancia de NBA y MBA



# Instituto de Previsión Social, Perfil:

**Organismo autónomo creado por Decreto Ley,  
en Febrero de 1943 (N°. 17.701).**

**Cubre aprox. al 19%  
de la población país.**

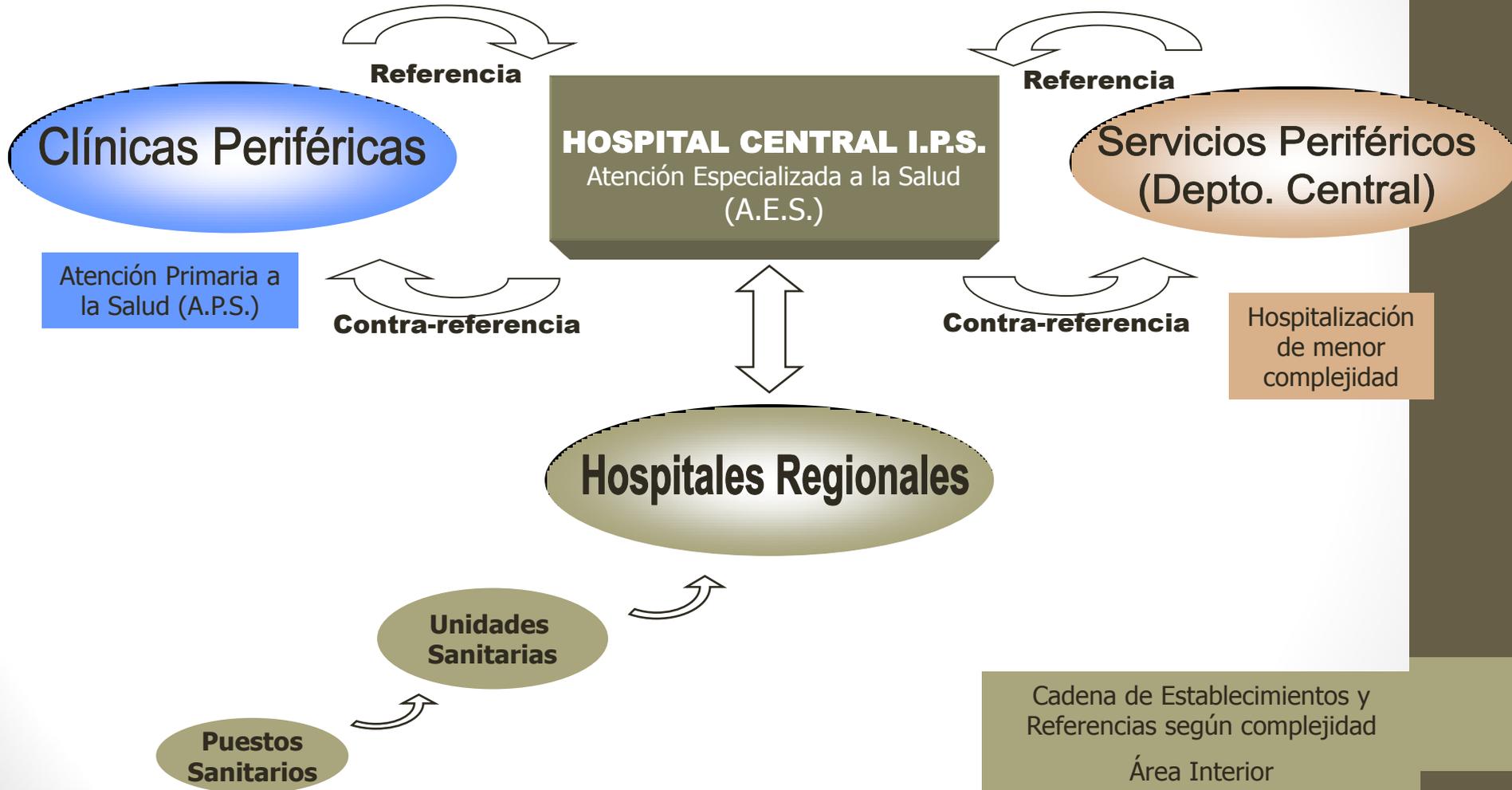
**Protege principalmente a los trabajadores  
asalariados del sector privado .**

**Está encargado de administrar el Seguro Social obligatorio  
que incluye los riesgos de vejez y sobrevivencia,  
accidentes de trabajo y enfermedad-maternidad.**



# Gestión de la Atención en el Seguro Social Paraguayo

## Red Sanitaria Nacional



# Indicadores estructurales:

<b>1165</b>	Camas generales
<b>65</b>	Camas Pediatría
<b>42</b>	Camas Neonatología
<b>22</b>	Camas Urgencias Pediátricas
<b>30</b>	Consultorios (Policlínicas); 3 pabellones
<b>22</b>	Salas de Cirugías
<b>4</b>	Unidades de Terapia Intensiva 48 adultos, 15 Pediátricas, 12 neonatales: 75 camas total
<b>7827</b>	Funcionarios
<b>1427</b>	Médicos
<b>1415</b>	Promedio de ingresos semanales
<b>~ 69000</b>	Hospitalizaciones al año



Hospital Central. IPS





## Departamento de Epidemiología - Hospital Central

- ✓ Nace como la **Unidad** de Epidemiología y Medicina Preventiva hacia el año 2003.
- ✓ En el año 2007 por Resolución del Consejo pasa a constituirse en el **Departamento** de Epidemiología.

### Gerencia de Salud



### Departamento de Epidemiología: RRHH

Areas	Médicos	Enfermería
Vigilancia ENOs / Centinela	4	11
Control de infecciones	2	7
Vacunatorio	1	5
Administrativos – Recepción – Secretaría:	3	

# Vigilancia de Meningitis y Neumonías (VIMENE) - Rotavirus en menores de 5 años

- Rotavirus: Implementada en el año 2004
- VIMENE: Implementada en al año 2007
- Equipo de Vigilancia capacitado en procedimientos de vigilancia hospitalaria.

## Captación de datos e ingreso a la base:

- ✓ Los datos se captan en la **ficha individual** de lo eventos (Meningitis, Neumonías y Rotavirus): a través de una **notificación pasiva** del médico que capta el caso, y a través de una **búsqueda activa**, es decir se realizan rondas diarias por las salas, donde revisan las fichas clínicas para identificar los casos y otras ENOs.
- ✓ Además se obtiene del SIH las internaciones por semana epidemiológica desagregadas según grupos de edad y sexo.

## Seguimiento y cierre de los casos:

- ✓ A través del SIH: Revisión de historias clínicas.
- ✓ Vigilancia de mortalidad semanal
- ✓ Seguimiento de cultivos y PCR por búsqueda activa de registros de laboratorio.

# Instrumentos de vigilancia



VIGILANCIA CENTINELA DE MENINGITIS Y NEUMONIAS EN EL MENOR DE 5 AÑOS

**FICHA DE NOTIFICACIÓN DE MENINGITIS BACTERIANA AGUDA** Caso N°: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL NOTIFICANTE** Fecha de Ingreso al Hospital: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Fecha de Captación: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Hospital que notifica: \_\_\_\_\_ N° Historia Clínica: \_\_\_\_\_  
Nombre de la persona que completa la ficha: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL PACIENTE** Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: Años \_\_\_\_ Meses \_\_\_\_ Días \_\_\_\_ Sexo: F  M   
Dirección: \_\_\_\_\_  
Barrio o C/ta.: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_ Región N° \_\_\_\_  
Nombre de la madre o encargado: \_\_\_\_\_ Teléf.: \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES DE VACUNACIÓN**  
Carnet de vacunación: SI  No  (Adjuntar copia de carnet de vacunación)  
Anti Hib: SI  cual \_\_\_\_\_ N° de dosis: \_\_\_\_\_ Fecha última dosis: \_\_\_\_\_ NO  No sabe   
Anti Neumocócica: SI  cual \_\_\_\_\_ N° de dosis: \_\_\_\_\_ Fecha última dosis: \_\_\_\_\_ NO  No sabe   
Anti Meningocócica: SI  cual \_\_\_\_\_ N° de dosis: \_\_\_\_\_ Fecha última dosis: \_\_\_\_\_ NO  No sabe   
Anti Gripal: SI  cual \_\_\_\_\_ N° de dosis: \_\_\_\_\_ Fecha última dosis: \_\_\_\_\_ NO  No sabe

**DATOS CLÍNICOS**  
Captación: Urgencias  Sala  Diagnóstico de ingreso: \_\_\_\_\_ Fecha Inicio de Síntomas: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Uso de antibióticos dentro de la última semana: SI  NO  No Sabe   
Si es "SI", cuál antibiótico? \_\_\_\_\_ Fecha de última dosis: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
El paciente padece de alguna enfermedad crónica? NO  SI  Describir: \_\_\_\_\_

**DATOS DE LABORATORIO**  
Obtención de muestra: Añote los exámenes solicitados con una X  
Sangre para Hemocultivo  Fecha de toma \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ LCR para cultivo  Fecha de toma: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Resultados: Gram de líquido cefalorraquídeo (LCR): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Gram de hemocultivo: \_\_\_\_\_  
Hemocultivo: HI  Spn  Nm  Ninguna  Otra bacteria: \_\_\_\_\_ Fecha resultado: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Cultivo de LCR: HI  Spn  Nm  Ninguna  Otra bacteria: \_\_\_\_\_ Fecha resultado: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Susceptibilidad Antimicrobiana: Añote los antimicrobianos según susceptibilidad:  
Sensible: \_\_\_\_\_  
Intermedio: \_\_\_\_\_  
Resistente: \_\_\_\_\_

**EVOLUCIÓN CLÍNICA** ¿Estuvo ingresado en UCI? SI  N° de días \_\_\_\_ NO   
Egresó curado:  Diagnóstico de Egreso: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Alta voluntaria:  Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Referido a otro hospital:  Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Fallecido:  Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**CLASIFICACIÓN FINAL**  
Inadecuadamente investigado  Descartado  Probable MB   
Confirmado MB por (describir el agente etiológico y método): \_\_\_\_\_ Tipificación: \_\_\_\_\_

H: Haemophilus influenzae Spn: Streptococcus pneumoniae Nm: Neisseria meningitidis

Ficha MBA: MBA  
VIMENE.JPG

Ficha NBA: NB VIMENE.JPG



VIGILANCIA CENTINELA DE MENINGITIS Y NEUMONIAS EN EL MENOR DE 5 AÑOS

**FICHA DE NOTIFICACIÓN DE NEUMONIA BACTERIANA** Caso N°: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL NOTIFICANTE** Fecha de Ingreso al Hospital: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Fecha de Captación: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Hospital que notifica: \_\_\_\_\_ N° Historia Clínica: \_\_\_\_\_  
Nombre de la persona que completa la ficha: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL PACIENTE** Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: Años \_\_\_\_ Meses \_\_\_\_ Días \_\_\_\_ Sexo: F  M   
Dirección: \_\_\_\_\_  
Barrio o C/ta.: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_ Región N° \_\_\_\_  
Nombre de la madre o encargado: \_\_\_\_\_ Teléf.: \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES DE VACUNACIÓN**  
Carnet de vacunación: SI  No  (Adjuntar copia de carnet de vacunación)  
Anti Hib: SI  cual \_\_\_\_\_ N° de dosis: \_\_\_\_\_ Fecha última dosis: \_\_\_\_\_ NO  No sabe   
Anti Neumocócica: SI  cual \_\_\_\_\_ N° de dosis: \_\_\_\_\_ Fecha última dosis: \_\_\_\_\_ NO  No sabe   
Anti Gripal: SI  cual \_\_\_\_\_ N° de dosis: \_\_\_\_\_ Fecha última dosis: \_\_\_\_\_ NO  No sabe

**DATOS CLÍNICOS**  
Captación: Urgencias  Sala  Diagnóstico de ingreso: \_\_\_\_\_ Fecha Inicio de Síntomas: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Uso de antibióticos dentro de la última semana: SI  NO  No Sabe   
Si es "SI", cuál antibiótico? \_\_\_\_\_ Oral  Parenteral  Ambas   
Fecha de primera dosis: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de última dosis: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
El paciente padece de alguna enfermedad crónica? NO  SI  Describir: \_\_\_\_\_

**RESULTADOS DE RADIOLOGÍA:** ¿Tomó placa de Rayos X? SI  Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ NO   
Marque con una X si se detectó: Consolidación  Derrame pleural  Broncograma aéreo  Infiltrado intersticial   
Otro describir: \_\_\_\_\_

**DATOS DE LABORATORIO**  
Obtención de muestra: Añote los exámenes solicitados con una X  
Sangre para Hemocultivo  Fecha de toma \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Líquido Pleural para cultivo  Fecha de toma: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Resultados: Gram de líquido pleural: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Gram de hemocultivo: \_\_\_\_\_  
Hemocultivo: HI  Spn  Ninguna  Otra bacteria: \_\_\_\_\_ Fecha resultado: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Líquido pleural: HI  Spn  Ninguna  Otra bacteria: \_\_\_\_\_ Fecha resultado: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Susceptibilidad Antimicrobiana: Añote los antimicrobianos según susceptibilidad:  
Sensible: \_\_\_\_\_  
Intermedio: \_\_\_\_\_  
Resistente: \_\_\_\_\_

**EVOLUCIÓN CLÍNICA** ¿Estuvo ingresado en UCI? SI  N° de días \_\_\_\_ NO   
Egresó curado:  Diagnóstico de Egreso: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Alta voluntaria:  Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Referido a otro hospital:  Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Fallecido:  Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**CLASIFICACIÓN FINAL**  
Inadecuadamente investigado  Descartado  Probable NB   
Confirmado NB por (describir el agente etiológico y método): \_\_\_\_\_ Tipificación: \_\_\_\_\_

H: Haemophilus influenzae Spn: Streptococcus pneumoniae



VIGILANCIA CENTINELA DE DIARREA PRODUCIDAS POR ROTAVIRUS EN EL MENOR DE 5 AÑOS

**FICHA DE NOTIFICACIÓN DE ROTAVIRUS** Caso N°: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL NOTIFICANTE** Fecha de Ingreso al Hospital: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Fecha de Captación: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Hospital que notifica: \_\_\_\_\_ N° Historia Clínica: \_\_\_\_\_  
Nombre de la persona que completa la ficha: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL PACIENTE** Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: Años \_\_\_\_ Meses \_\_\_\_ Días \_\_\_\_ Sexo: F  M   
Dirección: \_\_\_\_\_  
Barrio o C/ta.: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_ Región N° \_\_\_\_  
Nombre de la madre o encargado: \_\_\_\_\_ Teléf.: \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES DE VACUNACIÓN**  
Carnet de vacunación: SI  No  (Adjuntar copia de carnet de vacunación)  
Vacuna Anti Rotavirus: SI  NO  No sabe  Fecha: 1ª dosis: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 2ª dosis: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Establecimiento de Salud: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_ Región N° \_\_\_\_

**DATOS CLÍNICOS** Hora de Ingreso: \_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_  
Hospitalizado en: Urgencias  Sala  Diagnóstico de ingreso: \_\_\_\_\_ Fecha Inicio de Síntomas: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Peso: \_\_\_\_ kg Talla: \_\_\_\_ cm Temperatura: \_\_\_\_ °C  
Vómitos: SI  NO  Episodios de vómito en últimas 24 hs: \_\_\_\_\_ Duración de vómito: \_\_\_\_ días  
Diarrea: SI  NO  Episodios de diarrea en últimas 24 hs: \_\_\_\_\_ Duración de diarrea: \_\_\_\_ días  
Plan AIEPI (marque una X) A  B  C   
Co-morbilidades (marque una X) NO  SI  cuales: \_\_\_\_\_

**DATOS DE LABORATORIO** Muestra colectada: SI  NO  Fecha de toma de muestra: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Frotis de mucus Fecal: número de leucocitos/campo: \_\_\_\_\_ número de hemalias/campo: \_\_\_\_\_  
Bacteria identificada: (marque una X) NO  SI  ¿Que bacteria?: \_\_\_\_\_  
Parásitos identificados: (marque una X) NO  SI  ¿Que Parásito?: \_\_\_\_\_  
Resultado de Rotavirus: (marque una X) Negativo  Positivo  Indeterminado  Método: \_\_\_\_\_

**EVOLUCIÓN Y EGRESO** Resolución de diarrea:  Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Egreso curado:  Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Diagnóstico de Egreso: \_\_\_\_\_  
Referido a otro hospital:  Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Fallecido:  Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Desconocido:

**CLASIFICACIÓN FINAL**  
Inadecuadamente investigado  Descartado Rotavirus  Probable Rotavirus   
Confirmado Rotavirus por (describir el agente etiológico y método): \_\_\_\_\_ Tipificación: \_\_\_\_\_  
Genotipo G: \_\_\_\_\_ Genotipo P: \_\_\_\_\_

Ficha Rotavirus:  
ROTAVIRUS.JPG

# Resultados más resaltantes

## Neumonías - 2014

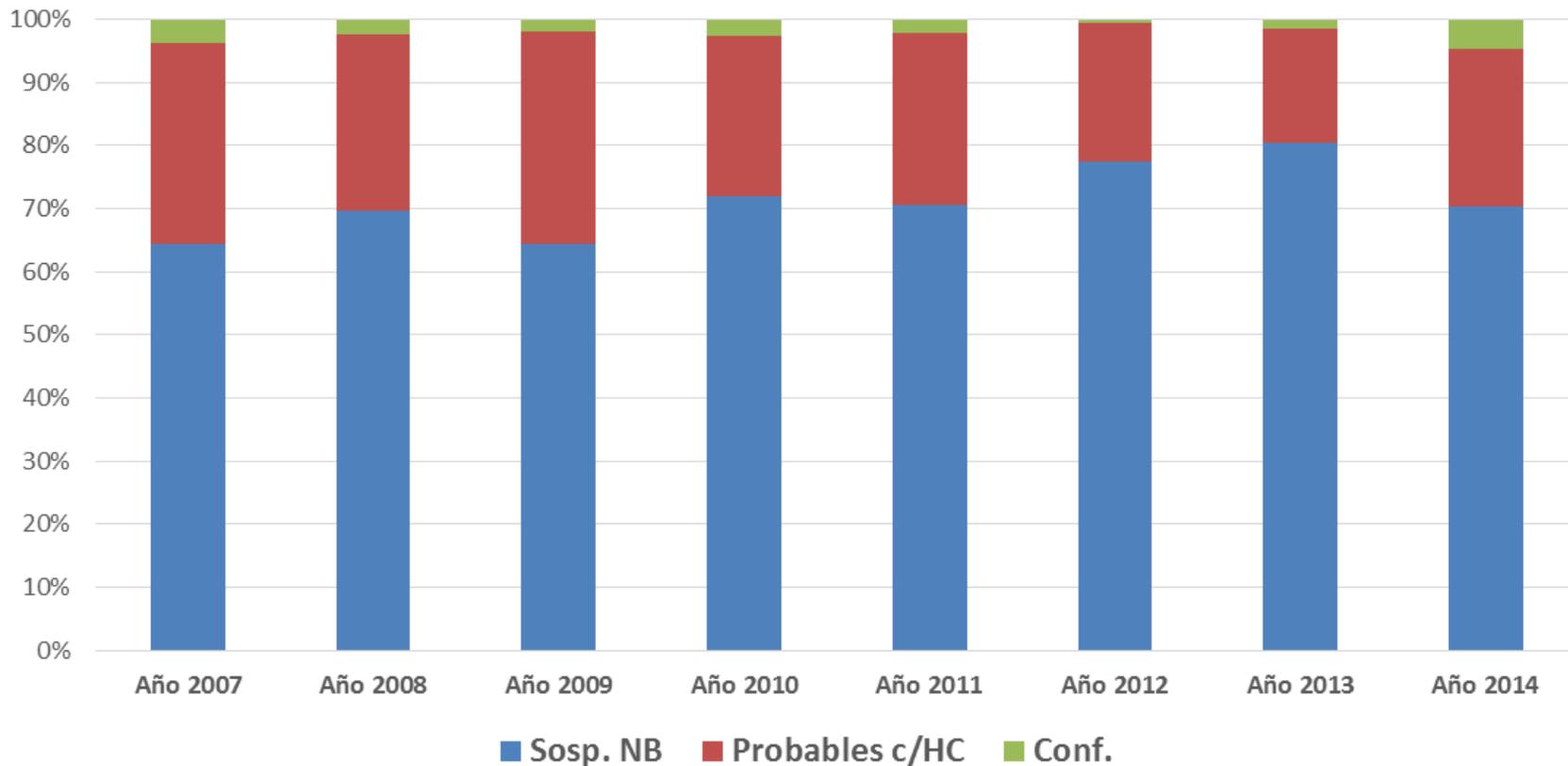
Nombre del hospital	# de casos sospechosos	% de casos sospechosos que tienen RX torax	% casos probables del total de sospechosos	% casos probables con hemocultivo
Hospital Central - IPS	264	100%	38% (100)	93% (93)

### Confirmados SpN 2014:

- ✓ 7 por cultivos: 5 HMC y 2 cultivos de LP
- ✓ 1 por LATEX
- ✓ 10 por rt-PCR

# Proporción de casos sospechosos de NB, probables y confirmados Años 2007 a 2014

*Casos sospechosos, Probables y Confirmados, Vigilancia Centinela,  
HC-IPS, Años 2007 a 2014, Paraguay*



**FICHA VIMENE****Datos del Notificante**

Caso N°:  Fecha de Ingreso al Hospital: / /20\_\_ Fecha de Captacion: / /20\_\_ Establecimiento:

Hist. Clinica Nro:  Responsable:  Region Sanitaria:

Consultorio Externo  SI  NO  SD Emergencia  SI  NO  SD

**Datos del Paciente**

Nombre/s:  Apellido/s:  Nacionalidad:

Fecha de Nacimiento: / /  Edad:  Medida Edad:  Sexo:  Direccion:

Departamento:  Distrito:  Region:  Barrio:

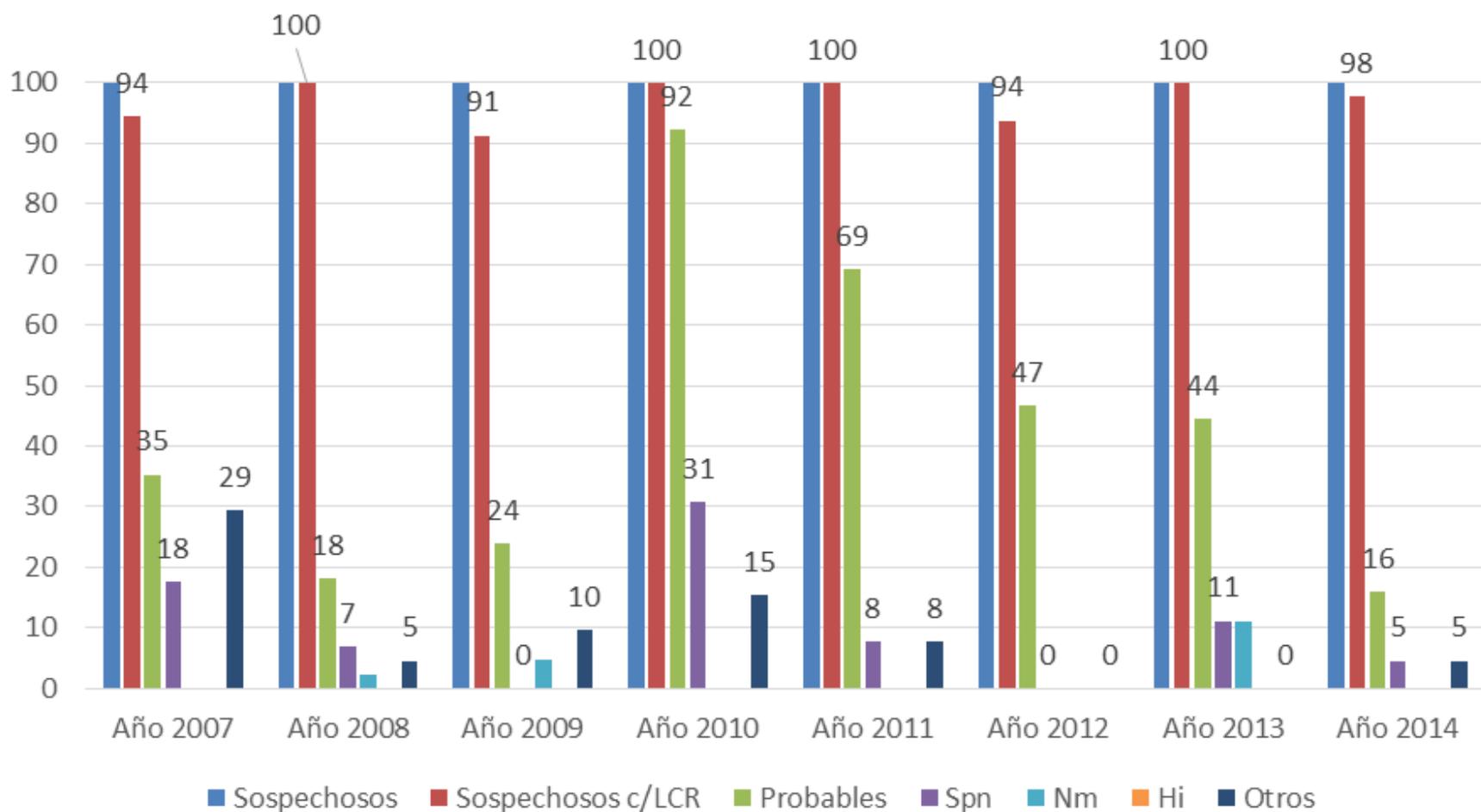
Nombre de la Madre o Encargado:  Telefono:

**Antecedentes de Vacunación**Carnet de Vacunación:  SI  NO  SDAnti Hib:  SI  NO  SDAnti Neumocócica:  SI  NO  SDAnti Grial:  SI  NO  SD**Datos Clinicos**Captación:  URGENCIAS  SALA  SD Diag.de Ingreso:  Fecha Inico Sintomas: / /20\_\_Uso de Antibiótico dentro de la ultima semana:  SI  NO  SDEnfermedad Cronica:  SI  NO  SD**RADIOLOGIA Y LABORATORIO****RESULTADOS LABORATORIO****EVOLUCION CLINICA Y CLASIFICACION FINAL**TOMO PLACA DE RAYOS X:  SI  NO  SD**RADIOLOGIA****LABORATORIO**SANGRE PARA HEMOCULTIVO:  SI  NO  SDSANGRE PARA HEMOCULTIVO PCR:  SI  NO  SDLIQUIDO PLEURAL PARA CULTIVO:  SI  NO  SDLIQUIDO PLEURAL PARA CULTIVO PCR:  SI  NO  SD

# Resultados Meningitis - 2014

Nombre del hospital	# de casos sospechosos	% de casos sospechosos que tienen muestra LCR	% casos probables del total de sospechosos con LCR	% casos sospechosos con LCR positivos
Hospital Central - IPS	44	89% (39)	16% (7)	10% (4)

**Proporción de casos sospechosos, Probables y Confirmados, MBA, HC-IPS, Años 2007 a 2014. Paraguay**



## DATOS DEL NOTIFICANTE

Hospital que notifica: HOSPITAL GENERAL PEDIATRICO NIÑOS DE ACOSTA ÑU 

Fecha de Ingreso: 09/01/2014  Fecha de Captacion: 09/01/2014  Fecha de Recepcion en D.G.V.S.: 27/01/2014 

Historia Clinica: SD Notificante: LIC. INGRID HAHN

## DATOS DEL PACIENTE

Nombre: ELVER HERNAN Apellido: ALVISO MACEL Nacionalidad: PARAGUAYA

Fecha de Nacimiento: 31/12/2002  Edad: 11 Medida Edad: AÑO/S Sexo: MASCULINO C.I. Nº: SD

Direccion: A 2 CUADRAS DE LA PLAZA 1 DE MAYO

Departamento: CENTRAL Distrito: NEMBY Barrio: PAI ÑU

Madre o Encargado: SD Telefono: SD

Centro Educativo:

## ANTECEDENTES DE VACUNACION

Carnet de vacunacion:  SI  NO  PENDIENTE  SD

## DATOS CLINICOS

Fecha inic. sintomas: 07/01/2014  Dx. Ingreso: MBA PROBABLE

El paciente padece de alguna enfermedad cronica:  SI  NO  SD

Uso de Antibiotico PARENTERAL dentro de la ultima semana:  SI  NO  SD

Existe NEXO epidemiologico:  SI  NO  SD

## DATOS DE LABORATORIO

Sangre para Hemocultivo:  SI  NO  SD Fecha de toma: 08/01/2014 

Gram de hemocultivo:

Resultado Hemocultivo: Hib  Hi  Spn  Nm  Ninguna  Otra: Contam.:

Fecha: NULL 

LCR citoquimico:  SI  NO  SD Fecha de toma: NULL 

Aspecto: LIGERAMENTE TURBIO Celularidad: 1200 Predominio:  PMN  MN  SD

Glucosa: 35 Proteinas: 64

Gram del LCR:  SI  NO  SD

LCR para cultivo:  SI  NO  SD Fecha de toma: 08/01/2014 

Resultado cultivo de LCR: Hib  Hi  Spn  Nm  Ninguna  Otra: Contam.:

Fecha: NULL 

PCR del LCR:  SI  NO  SD Fecha toma: 08/01/2014  Resultado:  POS.  NEG.  PEN. Fecha: 13/02/2014 

PCR de Sangre/HMC  SI  NO  SD

Latex del LCR:  SI  NO  SD

Tinta China del LCR:  SI  NO  SD

## EVOLUCION CLINICA

Estuvo ingresado en UCI:  SI  NO  SD

Egreso:  Curado  Alta voluntaria  Fallecido  Pendiente Referido al Hospital:

Diagnostico de Egreso: MENINGITIS VIRAL Fecha: 16/01/2014 

## CLASIFICACION FINAL

Inad. investigado M.B.A.  Descartado  Probable  Confirmado  Pendiente  E.M. sin M.B.A.

Tipo: VIRAL

# Resultados más resaltantes

## Rotavirus - 2014

Nombre del hospital	# de casos sospechosos	% de casos sospechosos que colectaron muestra de heces	% casos probables positivas
Hospital Central - IPS	248	34% (84)	7% (6)

# Rotavirus - 2014

<b>Muestras enviadas</b>	<b>30</b>
<b>Positivas</b>	<b>23</b>
<b>Negativas</b>	<b>4</b>
<b>No concordantes</b>	<b>3</b>

## **Genotipos identificados:**

**G2P4 (13)**

**G1 (3)**

**G3 (1)**

**sin genotipos (4)**

## DATOS DEL NOTIFICANTE

Hospital que notifica:  Fecha de Ingreso:  NULL

Fecha de Captacion:  NULL Historia Clinica:  Notificante:

## DATOS DEL PACIENTE

Nombre:  Apellido:  Nacionalidad:

Fecha de Nacimiento:  NULL Edad:  Medida Edad:  AÑOS Sexo:  C.I. N°:

Direccion:

Departamento:  Distrito:  Barrio:

Madre o Encargado:  Telefono:

## ANTECEDENTES DE VACUNACION

Carnet de vacunacion:  SI  NO  REFERIDO  PENDIENTE  SD

Anti Rotavirus:  SI  NO  SD N° de dosis:  Fecha 1ª dosis:  NULL Fecha 2ª dosis:  NULL

Establecimiento de Salud:  Distrito:

## DATOS CLINICOS

Hospitalizado:  Urgencias  Sala  UCI  SD Dx. Ingreso:  Fecha inic. sintomas:  NULL

Peso:  Kg. Talla:  cm. Temperatura:  °C

Vomitos:  SI  NO  SD

Diarrea:  SI  NO  SD

Comorbilidades:  SI  NO  SD Cuales:

## DATOS DE LABORATORIO

Muestra Colectada:  SI  NO  SD Fecha de toma:  NULL

Frotis de Mucus Fecal: Numero Leucocitos/campo:  Numero Hematies/campo:

Bacteria Identificada:  SI  NO  SD ¿Que Bacteria?:

Parasitos Identificados:  SI  NO  SD ¿Que Parasitos?:

Resultado de Rotavirus:  NEGATIVO  POSITIVO  PENDIENTE  SD Metodo:

## EVOLUCION CLINICA

Egreso:  Resolucion Diarrea  Curado  Alta voluntaria  Referido a otro hospital  Fallecido  Pendiente

Diagnostico de Egreso:  Fecha:  NULL

## CLASIFICACION FINAL

Inadecuadamente investigado  Descartado Rotavirus  Probable Rotavirus  Confirmado  Pendiente

Describir el agente etologico y metodo:  Tipificacion:

Genotipo G:  Genotipo P:

## OBSERVACIONES

# Desafíos para cumplir los indicadores de vigilancia de la OMS Rotavirus

- **Número de casos sospechosos investigados (año):  $\geq 100$**

Los casos deben ser captados en la Urgencia.

Estancia Hospitalaria corta.

- **% de casos con muestra obtenida en primeras 48h:  $\geq 90\%$**

Dificultad para obtener la muestra

Estimulación difícil de implementar por demanda en las Urgencias.

- **% de casos con evolución registrada:  $\geq 90\%$**

Casos de Urgencia muchas veces con historias abreviadas, sin muchos datos.

- **% de casos positivos con genotipos:  $\geq 60$  casos**

Envío de muestras sistemático

Retroalimentación del Laboratorio de Referencia

# Desafíos para cumplir los indicadores de vigilancia de la OMS Neumonías

- **Número de casos sospechosos investigados (año): NB  $\geq$ 250**

Actualmente se alcanza.

- **% de muestras de con hemocultivos:  $\geq$ 90%**

Hospital de Referencia, pacientes derivados de otros centros con ATB de varios días.

- **% de casos con evolución registrada:  $\geq$ 90%**

Imperiosa necesidad de integrar vigilancias IRAG – NB

- **% de casos positivos con serotipos / serogrupos:  $\geq$ 80%**

Envío sistemático de muestras

Retroalimentación del Laboratorio de Referencia

Viabilidad de las cepas aisladas

# Desafíos para cumplir los indicadores de vigilancia de la OMS Meningitis

- **Número de casos sospechosos investigados (año): MB $\geq$ 100**

El número de casos históricamente oscila entre 20 a 50 casos.

- **% de muestras de LCR que ingresan al Lab en menos de 1h:  $\geq$ 90%**

Laboratorio que procesa el citoquímico es el de Urgencias con alta demanda.

RRHH disponible para llevar de forma inmediata la muestra.

Registro para verificar este dato.

- **% de casos positivos con serotipos / serogrupos:  $\geq$ 80%**

Envío sistemático de muestras

Retroalimentación del Laboratorio de Referencia

Viabilidad de las cepas aisladas

# Desafíos operativos

## “Que lo urgente no reemplace lo planificado”

- ✓ Adaptación de la ficha a nuevos datos requeridos. [ABRIL 2015 VF Ficha de Meningoencefalitis Aguda.pdf](#)
- ✓ Integración de las vigilancias de IRAG y NB en un solo instrumento de captación. [MAYO 2015 Ficha de IRAG-NBA.pdf](#)
- ✓ Completitud de las fichas de notificación.
- ✓ Registro del antecedente de vacunación contra verificación del carnet.
- ✓ Registro de los tiempos desde la colecta de la muestra hasta el procesamiento de la misma.
- ✓ Laboratorio de microbiología 24 hs.
- ✓ Para Rotavirus: Captación de los casos - Involucramiento de los médicos de las Urgencias.
- ✓ Envío sistemático de muestras.

# Conclusiones

- **Compromiso institucional es indispensable.  
(RRHH y logísticos)**
- **Vigilancia activa = Búsqueda de los casos.**
- **Oportunidad de la notificación.**
- **Integración de los equipos de EPI-PAI y LAB.**
- **Retroalimentación periódica.**

Muchas Gracias...