

Encuesta del Hospital - Formulario H

Código del Hospital: _____

1. Características

Tamaño del hospital (número total de camas): Número de camas de agudos:

Número de camas de UCI:

¿Se han excluido plantas o unidades del estudio?

☐ No

☐ Sí, por favor especifique qué plantas o unidades se excluyeron (Tabla 2):

Número total de camas de las plantas incluidas:

Número total de pacientes incluidos en el estudio:

Tipo de hospital: ☐ Primario ☐ Secundario ☐ Terciario ☐ Larga Estancia

☐ Especializado, por favor indique el tipo de especialización (Tabla 2):

Propiedad del hospital: ☐ Público ☐ Privado, sin ánimo de lucro ☐ Privado, con ánimo de lucro ☐ Otro/desc.

2. Actividad y Recursos humanos

	Número	Año	Datos recogidos de las plantas incluidas o del total del hospital
Número de altas anuales (o ingresos)			☐ Sólo de las plantas incluidas ☐ Total del hospital
Número de estancias anuales			
Consumo de preparados de base alcohólica para la higiene de manos (litros / año)			☐ Sólo de las plantas incluidas ☐ Total del hospital
Número de oportunidades de higiene de manos observadas, por año			☐ Sólo de las plantas incluidas ☐ Total del hospital
Número de hemocultivos realizados, por año			☐ Sólo de las plantas incluidas ☐ Total del hospital
Número de estudios de heces para la detección de <i>C. difficile</i> , por año			☐ Sólo de las plantas incluidas ☐ Total del hospital
Número de personal de enfermería de control de la infección expresado en ETC		☐ Sólo de las plantas incluidas ☐ Total del hospital	☐ Sólo de las plantas incluidas ☐ Total del hospital
Número de personal médico de control de la infección expresado en ETC			
Número de profesionales dedicados a PROA expresado en ETC			
Porcentaje de trabajadores sanitarios vacunados frente a COVID-19			
Porcentaje de trabajadores sanitarios vacunados frente a GRIPE			
Número de habitaciones de aislamiento para la prevención de la transmisión por vía aérea (Sarampión, Varicela, Tuberculosis)			

3. Programas PCI y vigilancia

Programa de prevención y control de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (PPCI):

¿El hospital cuenta con un PPCI anual aprobado por la Gerencia o Dirección?

☐ Sí ☐ No

¿El hospital cuenta con un informe anual sobre la ejecución del PPCI, aprobado por la Gerencia o Dirección?

☐ Sí ☐ No

Participación en redes de vigilancia de las IRAS:

¿En el año anterior, en qué red o redes de vigilancia participó su hospital? (se admiten varias respuestas)

- ☐ Infecciones quirúrgicas ☐ UCI ☐ Resistencia antimicrobiana
☐ *Clostridioides difficile* ☐ Consumo de antimicrobianos ☐ Otra (p.e., red de prevalencia)

Disponibilidad de diagnóstico microbiológico

¿Durante los fines de semana los clínicos pueden solicitar pruebas microbiológicas de rutina y recibir a su vez los resultados?

Pruebas clínicas: ☐ Sábado ☐ Domingo
 Pruebas de cribado: ☐ Sábado ☐ Domingo

4. Estructura

Otros indicadores recogidos a nivel de todo el hospital	Número	Datos recogidos de las plantas incluidas o del total del hospital
Número de camas con dispensadores de PBAHM* para la higiene de manos, en el punto de atención o asistencia		☐ Sólo de las plantas incluidas
Número de camas en que se ha evaluado la presencia de dispensadores de PBAHM*		☐ Total del hospital
Número de habitaciones de pacientes en el hospital		☐ Sólo de las plantas incluidas
Número de habitaciones individuales		☐ Total del hospital
Número de camas ocupadas a las 00:01 horas en el día del estudio		☐ Sólo de las plantas incluidas
Número de camas en que se ha evaluado la ocupación a las 00:01 horas en el día del estudio		☐ Total del hospital

*PBAHM: Preparados de base alcohólica para la higiene de manos

5. Preparados de base alcohólica para la higiene de manos(PBAHM) y Programas de optimización de antimicrobianos (PROA)

¿En su hospital, el personal sanitario lleva consigo dispensadores de PBAHM para la higiene de manos, (p.e., en los bolsillos)? (en caso afirmativo, por favor, facilite una estimación del porcentaje):

- ☐ No
- ☐ 1-25% del personal
- ☐ 26-50%
- ☐ 51-75%;
- ☐ >75%
- ☐ Sí, pero se desconoce el porcentaje.

¿En su hospital existe un procedimiento formal para revisar la adecuación de un antimicrobiano dentro de las 72 horas de su indicación (revisión post-prescripción)?

- ☐ Sí, en todas las salas o unidades
- ☐ Sí, sólo en unidades seleccionadas
- ☐ Sí, sólo en UCI
- ☐ No

6. Finalización

Fecha de inicio del estudio:/...../2025 (día/mes/año)

Estudio Europeo: No aplica en 2026

Fecha de finalización:/...../2025 (día/mes/año)

Estudio finalizado: ☐ Sí ☐ No

Autorización de cesión de datos a Estudio ENEAS: ☐ Sí ☐ No

Comentarios / observaciones:

.....

.....